

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied im Förderverein der Alexanderschule Wallenhorst e.V. werden.

Name: _____ Vorname: _____

Ggf. Name/Vorname der Schülerin / des Schülers: _____

Straße / Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Jahresbeitrag: **€5,00**

Freiwilliger, zusätzlicher Förderbeitrag: € 5,00 / € 10,00 / € _____

Jährlicher Gesamtbeitrag : € _____

Zahlungsart : (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Abbuchungsauftrag (unteren Abschnitt bitte ausfüllen!)

Einzelüberweisung an: Förderverein Alexanderschule

Konto-Nr. :

BLZ :

Die Mitgliedschaft gilt bis auf Widerruf und kann zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Ort / Datum Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Förderverein der Alexanderschule Wallenhorst e.V. bis auf Widerruf die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge durch Lastschrift einzuziehen.

Name, Vorname des Kontoinhabers :	
Kontonummer :	Bankleitzahl :
Kontoführendes Kreditinstitut :	
Ort, Datum :	Unterschrift :