

Förderverein des Schulzentrums „Janusz Korczak“ e.V. Höngeda

Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich, geb.am :

wohnhaft in :

.....

*den Antrag zur Aufnahme in den Förderverein des
Schulzentrums „Janusz Korczak“.*

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

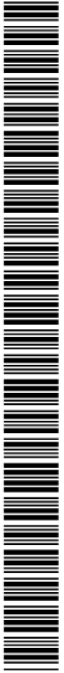
Einzugsermächtigung

Der Beitrag laut Satzung soll gemäß

SEPA-Lastschrift-Mandat (siehe Rückseite)

eingezogen werden.

*(Bitte dort Angaben zur Bankverbindung vornehmen und
Unterschrift nicht vergessen!)*



051200351310A580409140

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger
<->
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein des SCHULZENTRUMS Janusz Korczak Höngeda e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Eckenstr. 9

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

99998 Weinbergen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE38ZZZ00000372250

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Mitgliedsnummer

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Förderverein des SCHULZENTRUMS Janusz Korczak Höngeda e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderverein des SCHULZENTRUMS Janusz Korczak Höngeda e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Förderverein des SCHULZENTRUMS Janusz Korczak Höngeda e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Förderverein des SCHULZENTRUMS Janusz Korczak Höngeda e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

e | n | t | f | ä | | | | t | | : |

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.**Ort / Location:**

Höngeda

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell