



Schulverein Wielandstraße e.V.

Beitrittsantrag/ -erklärung

Hiermit beantrage ich, _____ (Vorname, Name),

meine Aufnahme als Mitglied in den Schulverein Wielandstraße e.V. zum laufenden Schuljahr (nur möglich mit SEPA-Lastschriftmandat).

Meine Kontaktdaten:

Anschrift: _____

E-Mail: _____ Telefonnummer (für Rückfragen): _____

Name(n) und Klassenlehrkraft/-kräfte des Kindes/der Kinder: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Ich möchte den Verein mit dem Jahresbeitrag in Höhe von 12€ (1€ im Monat) unterstützen.

Ich möchte den Verein mit dem Jahresbeitrag in Höhe von 24€ (2€ im Monat) unterstützen.

Ich möchte den Verein mit dem Jahresbeitrag in Höhe von 36€ (3€ im Monat) unterstützen.

Ich möchte den Verein in Höhe von _____ € unterstützen.

Der Schulverein Wielandstraße e.V. benötigt für die Verwaltung meiner Mitgliedschaft meine personenbezogenen Daten. Diese Daten werden durch den Verein im Wege der elektronischen Datenverarbeitung verarbeitet (Name, Kontaktdaten, Bankverbindung, Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat). Mir ist bekannt, dass dem Beitrittsantrag ohne Bekanntgabe dieser Daten nicht stattgegeben werden kann.

Hinweis gemäß DSGVO:

Wir weisen darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, Kontaktdaten, Bankverbindung, Datum des Vereinsbeitritts, Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Jahresbeitrag einmal im Schuljahr gemäß dem folgenden SEPA-Lastschriftmandat abgebucht wird. Dieses Mandat gilt bis auf Widerruf.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger): Schulverein Wielandstraße e.V., Wielandstraße 9, 22089 Hamburg; Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76 2005 0550 1506 2397 87 ; Mandatsreferenz: SVWIE

Ich/ wir ermächtigen den Schulverein Wielandstraße e.V. als Gläubiger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Gläubiger 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.

Kontoinhabende/ Zahlungspflichtige Person (Vorname, Name; falls abweichend von oben zusätzlich Anschrift):

Meine Bankverbindung lautet:

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift zahlungspflichtige Person

Bitte weiterleiten an das Schulsekretariat oder an die Klassenlehrkraft!