

Mitgliedsantrag

Name, Vorname*:

Straße, Nr.*:

PLZ, Ort*:

E-Mail*:

Telefon*:

Verhältnis zur Schule:

(Elternteil, Schüler, Lehrer, Ehemaliger o.ä.)

Kontakt über:

(Schüler und Klasse o.ä.)

* = Pflichtfelder

Beitrag 2016: 6 EUR für Schüler, 12 EUR für alle anderen Mitglieder

Beitrag ab 2017: () 18 EUR, () 25 EUR oder () _____ EUR

Bitte wählen Sie Ihren Beitrag ab 2017 aus.

Die Beitragskassierung erfolgt in der Regel in der 2. Hälfte des Januars eines jeden Kalenderjahrs.
Es erfolgt spätestens 2 Wochen vorher eine Ankündigung per E-Mail.

() Ich helfe gern bei Veranstaltungen und Aktionen des Fördervereins.
Bitte informieren Sie mich rechtzeitig über entsprechende Möglichkeiten.

() Ich könnte den Förderverein z.B. berufsbedingt insbesondere bei
_____ unterstützen.

Mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten in einer Mitgliederdatei bin ich einverstanden (eine Weitergabe außerhalb des Vereins erfolgt in keiner Weise). Die Satzung und damit der Zweck des Förderverein des Heinrich-Schliemann-Gymnasiums e.V. sind mir bekannt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich dieses.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bank: Deutsche Bank PGK Berlin
IBAN: DE94 1007 0024 0210 4347 00
BIC: DEUTDE33HAN

Telefon: +49 (0)30 44 68 95 – 0
Fax: +49 (0)30 44 68 95 – 106
Email: foerderverein@hsg-berlin.de
Internet: www.hsg-berlin.de/schulleben/foerderverein

Mitglied im Landesverband
schulischer Fördervereine
Berlin e.V.





SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ00000904966

Die Mandatsreferenz wird Ihnen spätestens 2 Wochen vor der ersten Zahlung per E-Mail mitgeteilt.

Ich ermächtige den Förderverein des Heinrich-Schliemann-Gymnasiums e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein des Heinrich-Schliemann-Gymnasiums e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Über anstehende Zahlungen werde ich spätestens 2 Wochen vorher per E-Mail informiert.

Hinweis:

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

Kontoinhaber _____

IBAN

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____