

FÖRDERKREIS DER LIBORI- GRUNDSCHULE e.V.

PADERBORNER STR. 109
44143 DORTMUND
TEL. 0231/ 47 64 280 (SEKRETARIAT)
EMAIL: liborischule@gmail.com



Helge Kubat
1. VORSITZENDER

Sabine Weicherding
2. VORSITZENDE

Nils Scharmer
KASSIERER

-ALS GEMEINNÜTZIG ANERKANNT-
FIN.-DO-OST NR.317/5940/1450

Förderkreis der Libori-Grundschule - Paderborner Str. 109 - 44143 Dortmund

Beitrittserklärung zum Förderkreis der Libori-Grundschule e.V.

Bitte in Druckbuchstaben vollständig ausfüllen

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Förderkreis der Libori-Grundschule e.V.

Name und Vorname:

Name des Kindes: -----

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort: -----

aktuelle Klasse: -----

Email*: ----- *freiwillige Angabe

Meinen Jahresbeitrag setze ich auf: 12,- € 20,-€ 25,-€ fest.

Jährlicher Wunschbeitrag: ----- €

Der Mindestbeitrag beträgt 12,- € pro Jahr. Der Betrag wird im Monat des Beitritts und in den Folgejahren jeweils am **01. Februar** abgebucht.

(siehe Rückseite SEPA-Lastschriftmandat, bitte ausfüllen) VIELEN DANK!

Die Vereinssatzung kann auf Wunsch im Sekretariat der Libori-Grundschule eingesehen werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung an.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist schriftlich 6 Monate vor Beendigung des Schuljahres mitzuteilen.

Datum, Ort und Unterschrift



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderkreis der Libori-Grundschule e.V.

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

Paderborner Str. 109

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

44143 Dortmund

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE60ZZZ00001877973

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Förderkreis der Libori-Grundschule e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderkreis der Libori-Grundschule 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 **Förderkreis der Libori-Grundschule 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 **Förderkreis der Libori-Grundschule 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:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

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