



Förderkreis
Dr. Albert-Liebmann-Schule e.V.
Schöllkrippener Str. 56, 63768 Hösbach

E-Mail: foerderkreis@liebmannschule.de

Beitrittserklärung

Bitte deutlich in Druckschrift ausfüllen!

Name, Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon/Mobil-Nr.: _____
E-Mail-Adresse: _____
Name des Kindes: _____
Mein Kind besucht die SVE / Schule in _____

Ich bin Mama/Papa, sonstige Verwandte, Förderer, juristische Person, _____
Ich bin Lehrer/Fachkraft an der Dr. Albert-Liebmann-Schule in _____
Ich habe vom Förderkreis erfahren über die
 Dr. A.-Liebmann-Schule, Werbung/Flyer, Familie/sonstige Verwandte, _____

Gerne möchte ich dem Förderkreis der Dr. Albert-Liebmann-Schule e.V., Schöllkrippener Straße 56, in 63768 Hösbach, beitreten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Mitgliedschaft zum Förderkreis. Eine Abschrift der Satzung steht unter www.liebmannschule.de/Foerderkreis zur Verfügung.

Ich bin darüber informiert,

- * dass die Zahlung des Mitgliedsbeitrags innerhalb von 4 Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft fällig wird. Bei fortdauernder Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag von € 15,00 in den ersten 6 Monaten für das jeweils begonnene Kalenderjahr eingezogen.
- * dass die Kündigung meiner Mitgliedschaft jederzeit möglich ist. Bei Kündigung während eines Kalenderjahres zahle ich den vollen Mitgliedsbeitrag (s. Satzung). Die Kündigung hat schriftlich an den Vorstand des Förderkreises der Dr. Albert-Liebmann-Schule zu erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

Für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags von € 15,00 jährlich erteile ich die jederzeit widerrufbare Ermächtigung zum Einzug per SEPA-Lastschrift von meinem unten aufgeführten Bankkonto. Mit Abbuchung des ersten Mitgliedsbeitrages wird mir meine zugewiesene Mandatsreferenz und die Gläubiger-ID des Förderkreises mitgeteilt. Ich weise mein Geldinstitut an, die hiermit angekündigte Lastschrift einzulösen. Es gelten meine mit dem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Geldinstitut/Bank, Ort: _____

Konto-Nr.: _____ **BLZ:** _____

IBAN: _____

Konto-Inhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift

10.2016