

Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein der Laborschule Bielefeld

Name, Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Telefonnummer:

Email:

Beitrag/Monat €:

oder Beitrag/Jahr €:

Meine Mitgliedschaft soll beginnen am:

Ort/Datum:

Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Förderverein der Laborschule Bielefeld, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber*in

Name, Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

IBAN:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE 71 ZZZ 00001116228

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