

Förderverein des Staatlichen Berufsschulzentrums "Hugo Mairich" Gotha e.V.

Kindleber Str. 99b
99867 Gotha
Tel.: 03621/334735 Fax: 03621/334740
E-Mail: foerderverein@bszhm.de

A u f n a h m e a n t r a g (Einzelpersonen)

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Geb.-Datum

Telefon / Fax

Email

Antrag auf Mitgliedschaft*

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein des Staatlichen Berufsschulzentrums "Hugo Mairich" Gotha e.V. Ich erkenne die Satzung des Vereins an und erkläre meine Bereitschaft, aktiv im Sinne des Vereins tätig zu sein. Den vom Vorstand beschlossenen jährlichen Mitgliedsbeitrag (z.Zt. 20 € , zahlbar bis 31.01. des Kalenderjahres)

überweise ich auf das Vereinskonto
IBAN: DE 66 8205 2020 0750 0106 81
BIC: HELADEF1GTH
Bank: Kreissparkasse Gotha

entrichte ich durch Teilnahme am
SEPA-Lastschrift-Verfahren
(Ermächtigung erforderlich)

Hinweis: Die Satzung des Vereins ist auf der Schulwebsite unter
<https://www.bszhm.de/foerderverein/satzung> abrufbar, liegt zusätzlich im Sekretariat
aus und kann auf Wunsch per Email im PDF-Format übermittelt werden.

Ort/Datum

Unterschrift

Der Aufnahmeantrag wurde im Vorstand bestätigt und unter der Mitglieds-Nr.: _____ registriert.

Ort/Datum

Vorsitzender

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein des Staatlichen Berufsschulzentrums "Hugo Mairich" Gotha e.V.

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

Kindleber Straße 99b

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

99867 Gotha

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE14ZZZ00000318944

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Förderverein des Staatlichen Berufsschulzentrums "Hugo Mairich" Gotha e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderverein des Staatlichen Berufsschulzentrums "Hugo Mairich" Gotha 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 **Förderverein des Staatlichen Berufsschulzentrums "Hugo Mairich" Gotha 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 **Förderverein des Staatlichen Berufsschulzentrums "Hugo Mairich" Gotha 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****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:**

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/ YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.