

# Förderverein des Beruflichen Schulzentrums Schongau e.V.



## 1. Beitrittserklärung zum Förderverein:

Hiermit erkläre ich / erklärt die unten genannte juristische Person den Beitritt zum „Förderverein des Beruflichen Schulzentrums Schongau“

Die Beitragshöhe (Mindestbeitrag) beträgt:

- bei Einzelpersonen: 10,00 Euro pro Kalenderjahr
- bei Einzelunternehmern, Unternehmern in GbR, Freiberuflern und juristischen Personen des privaten (Personenhandelsgesellschaften, Kapitalgesellschaften, Vereine) oder des öffentlichen Rechts: 50,00 Euro pro Kalenderjahr

Ich möchte bis auf Widerruf **freiwillig einen höheren Jahresbeitrag** in Höhe von insgesamt \_\_\_\_\_ Euro entrichten.

**bei privaten Einzelpersonen:** \_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Anschrift in Druckbuchstaben

**bei Einzelunternehmern, Unternehmern in GbR,**

**Freiberuflern und juristischen Personen:**

Name des Unternehmers, bei juristischen Personen Name bzw. Bezeichnung der juristischen Person und Name(n) der vertretungsberechtigten Personen:

Stempel

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift, ggf. Name(n) der Vertretungsberechtigten in Druckbuchstaben

ggf. Name des/der Ausbilder(s) - als Kontaktperson - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

2. **Meine/unsere E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

3. **Einzugsermächtigung: Siehe Rückseite**

\_\_\_\_\_  
Wilhelm-Köhler-Str. 40, 86956 Schongau

Tel.-Nr. 08861/24 65-0 Fax-Nr. 08861/24 65 888

Bankverbindung: Konto Nr. 360 694 82 BLZ 703 510 30 Sparkasse Oberland

BIC: BYLADEM1WHM IBAN: DE71 7035 1030 0036 0694 82

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

## **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

## **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):