

# Mitgliedsantrag

Erklärung der Mitgliedschaft im Förderverein der Grund- und Gemeinschaftsschule Viöl/Ohrstedt/Haselund, Standort Viöl e.V

---

(Name, Vorname)

---

(Geburtsdatum)

---

(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Der jährliche Beitrag beträgt zurzeit mindestens 6 (sechs) Euro pro Jahr.

Ich setze meinen Beitrag auf \_\_\_\_\_ Euro (in Worten: \_\_\_\_\_ Euro) jährlich fest.

Ich erkläre den Beitritt zum Förderverein mit dem laufenden Schuljahr.

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Datenschutzhinweis

Wir weisen gemäß §33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliedsverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Geburtsdaten, Bankverbindung.

## Erlaubnis

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Bankverbindung. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Die Kündigung kann ausschließlich schriftlich zum Ende des laufenden Schuljahres erfolgen. Bitte per eMail an: [foerderverein-vioel@gems-voh.de](mailto:foerderverein-vioel@gems-voh.de) oder per Post an: Förderverein der Schule Viöl, Silke Jahn, Frerkes Ring 4a, 25884 Viöl.

# SEPA-Lastschriftmandat

Förderverein der Grund- und Gemeinschaftsschule Viöl/Ohrstedt/Haselund, Standort Viöl e.V  
1. Vorsitzende Silke Jahn, Frerkes Ring 4a, 25884 Viöl

**Gläubigeridentifikationsnummer (GI) DE58 2176 2550 0009 5318 82**, Mandatsreferenz wir separat mitgeteilt

Ich/wir ermächtige(n) den Förderverein der Grund- und Gemeinschaftsschule Viöl/Ohrstedt/Haselund, Standort Viöl e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Grund- und Gemeinschaftsschule Viöl/Ohrstedt/Haselund, Standort Viöl 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.

---

(Kontoinhaber: Name, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

---

(Kreditinstitut) (IBAN,BIC) Beginnt die IBAN mit DE, kann die Angabe der BIC entfallen.

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

---

(Name, Vorname)