



## Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den „Förderverein der Unteren Luisenschule Chemnitz e.V.“. Der Jahresbeitrag beträgt **10,00 €** und wird am 01.11. jedes Kalenderjahres eingezogen.

Name: ..... Vorname: .....

Name des Kindes: ..... Klasse: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

Tel.: ..... E-Mail: .....

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat aus. Die Mandatsreferenz wird vom Förderverein eingetragen und ergibt sich aus den ersten 16 Großbuchstaben Ihres vollständigen Namens.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich per E-Mail zu Vereinszwecken kontaktiert werden darf.

Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass der Förderverein der Unteren Luisenschule Chemnitz e.V. die von mir zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten während meiner Mitgliedschaft speichern darf. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein innerhalb der gesetzlichen Pflichten gelöscht.

Ich bin mit der Verarbeitung und für die Erfüllung der Vereinszwecke nötige Weitergabe folgender persönlicher Daten einverstanden: Name, Vorname, Anschrift, E-Mailadresse, Name und Vorname des Kindes und dessen Klasse.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung an.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Unsere Mitgliederversammlung findet jährlich im Oktober/November statt.  
Den Termin und unsere Satzung lesen Sie unter [www.untere-luisenschule.de/foerderverein](http://www.untere-luisenschule.de/foerderverein) .

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

### Zahlungsempfänger:

Förderverein der Unteren Luisenschule Chemnitz e.V.  
Fritz-Matschke-Straße 21  
09113 Chemnitz

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 67ZZZ00001019397**

Mandatsreferenz: wird vom Förderverein eingetragen

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift (wiederkehrende Zahlung) einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger 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.

-----  
Vorname und Name (Kontoinhaber-Zahlungspflichtiger)

-----  
Straße und Hausnummer

-----  
Postleitzahl und Ort

-----  
Land

-----  
Name des Kreditinstituts

-----  
BIC

**DE**

-----  
IBAN

-----  
Ort

-----  
Datum

-----  
Unterschrift