

Förderverein der Grundschule  
„Bertolt Brecht“ Schwedt e.V.  
Straße der Jugend 9  
16303 Schwedt

Förderverein der Grundschule  
„Bertolt Brecht“ Schwedt e.V.  
Straße der Jugend 9  
16303 Schwedt

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein der Grundschule „Bertolt Brecht“ Schwedt e.V.  
Sobald mein Kind die Schule verlässt, endet die Mitgliedschaft automatisch.

Ich zahle einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € (mindestens 6,- € pro Kind)

Wir freuen uns über jeden zusätzlichen Euro, den Sie dem Förderverein zukommen lassen.  
Bei Familien mit mehreren Kindern an der Schule und geringem Einkommen ist es möglich, dass alle Kinder eingetragen werden, der Beitrag aber nur für ein Kind gezahlt wird.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Kindes/der Kinder

\_\_\_\_\_  
Klasse(n)

\_\_\_\_\_  
Anschrift:

\_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des/der Erziehungsberechtigten

- Den Mitgliedsbeitrag überweise ich *jährlich ohne Aufforderung* zu Beginn des neuen Schuljahres, **spätestens bis 15.10.** des jeweiligen Jahres auf folgendes Konto:

Empfänger: Förderverein der Grundschule „Bertolt Brecht“ Schwedt e.V.  
IBAN-Nr.: DE40170523020030011489  
BIC: WELADED1UMX  
Kreditinstitut: Stadtparkasse Schwedt  
Vermerk: „**Vor- und Nachname des Kindes/der Kinder, Klasse(n)**“

- Ich wähle die Möglichkeit des Beitragseinzuges per SEPA-Lastschriftmandat (Bitte die Rückseite komplett ausfüllen.)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Ja**, ich möchte per E-Mail über Aktivitäten des Fördervereins informiert werden.  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ja**, ich möchte gern aktiv die Arbeit des Fördervereins unterstützen.  
(Bitte, ankreuzen)

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04ZZZ00000400604  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt  
Zahlungsempfänger: Förderverein der Grundschule  
„Bertolt Brecht“ Schwedt e.V.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Der Einzug des Betrages erfolgt jeweils zum 01.11. jeden Jahres bzw. am nächstmöglichen Buchungstag.  
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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname des(r) Kontoinhaber(s)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitutes

\_\_\_\_\_  
IBAN (max. 22 Stellen)

\_\_\_\_\_  
BIC (11 Stellen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)