



Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied im Förderverein der RSZ e.V. werden.

Den Mitgliedsbeitrag in Höhe von (mindestens) 25€ für das laufende Kalenderjahr werde ich auf das Konto des Fördervereins überweisen, oder das Lastschriftverfahren in Anspruch zu nehmen.

Es besteht jederzeit die Möglichkeit, eine höhere Summe zu spenden.

Ich benötige eine Spendenquittung keine Spendenquittung

Name, Vorname: _____

Kind, Klasse: _____

Adresse: _____

Ich habe die Satzung zur Kenntnis genommen.

Informationen nach Art. 13 DSGVO:

Die abgefragten Daten erheben und speichern wir zur Begründung und Durchführung des Mitgliedervertragsverhältnisses (nach Art. 6 Abs. 1 DSGVO).

Die erhobenen Daten dienen ausschließlich dem Zweck der Verwaltung und der Betreuung der Mitglieder und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Daten werden spätestens ein Jahr nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.

Die Datenverwaltung obliegt lediglich dem Vorstand des Fördervereins.

Essen den: _____ Unterschrift: _____

Ich wünsche die Bezahlung per Überweisung

Lastschriftverfahren

ab dem 01.08.2024



000000000103682204240

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein der Realschule im Bezirk Zollverein e. V.

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

Gelsenkirchener Str 138 a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

45309 Essen

Land / Country:

DE

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 5 9 Z Z Z 0 0 0 0 2 6 9 7 0 5 9

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

w i r d s e p a r a t m i t g e t e i l t

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) 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 (name see above).

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***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**