

Beitrittserklärung



Förderverein
Gymnasium
Bad Iburg e.V.

Hiermit erkläre ich meinen/wir unseren Beitritt zum
Förderverein Gymnasium Bad Iburg e.V.;
Bielefelder Str. 15, 49186 Bad Iburg; Tel. 05403-7315-0;
foerderverein@gym-bad-iburg.net

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Email-Adresse: _____

Telefon: _____ Geb. Datum: _____

Sind Sie Abiturient des GBI? Ja, Abiturjahrgang: _____ Nein

Name des/r Kindes/r: _____ z. Z. Klasse: _____

_____ z. Z. Klasse: _____

Beitrag pro Jahr:

Einzelperson (Beitrag 15,00 EUR) **Familie** (Beitrag 20,00 EUR)

Zuätzlich bin ich/sind wir gerne bereit, den Verein zu unterstützen durch eine

eine **einmalige Spende** / eine **jährliche Spende** (bis auf jederzeitigen Widerruf)

in Höhe von 30,00 EUR 50,00 EUR 100,00 EUR EUR.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres nach Einzahlung des jeweiligen Jahresbeitrages möglich. Wir versichern Ihnen einen vertrauensvollen Umgang mit Ihren personen- gebundenen Daten.

Datenschutzhinweis:

(Ihr Einverständnis: bitte ankreuzen)

Der Förderverein erhebt die o.g. Daten für die Mitgliederverwaltung und im Rahmen der Durchführung seiner satzungsgemäßen Aufgaben. Die Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhoben und gespeichert. Entsprechende Datenschutzhinweise sind unter www.gymnasium-badiburg.de/foerderverein-des-gbi veröffentlicht. Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Korrespondenz u.a. auch per Email geführt wird.

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen den **Förderverein Gymnasium Bad Iburg e. V.** Bielefelder Str. 15, D-49186 Bad Iburg, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75ZZZ00000696631, Mandatsreferenz ist gleich der Mitgliedsnummer, Beitragszahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein Gymnasium Bad Iburg e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. - Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kreditinstitut _____

IBAN _____

Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinen/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____