

# Freunde der Ellwanger Gymnasien e.V.

An  
**Freunde der Ellwanger Gymnasien e.V.**  
c/o Joachim Zorn  
Grünewaldstraße 10



**D-73479 Ellwangen**

Hiermit beantrage ich,

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den Verein „Freunde der Ellwanger Gymnasien e.V.“.

Die Vereinssatzung erkenne ich an. Meine vom Verein erhobenen Daten dürfen nur für Zwecke des Vereins verwendet und nicht an Dritte weiter gegeben werden.

Der aktuelle Mitgliedsbeitrag beträgt 20,-- EUR/Jahr, ermäßigt (bis 24 Jahre) 10,-- EUR/Jahr

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen auch Erziehungsberechtigter)

## Erhebung Mitgliedsdaten für „Freunde der Ellwanger Gymnasien e.V.“

Schüler  Ehemaliger Schüler  Eltern  Förderer

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Abiturjahr \_\_\_\_\_ HG  PG

Beruf / Fachgebiete \_\_\_\_\_

Kontakt Vortrag o. Projekt Ja  Nein  Interesse an Treffen Ja  Nein   
Laufende Info per E-Mail Ja  Nein  Jahresheft per E-Mail Ja  Nein

Anmerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diese Angaben sind freiwillig! Alle hier erhobenen Daten werden ausschließlich innerhalb des Vereins für dessen Zwecke verwendet. Ich bin ausdrücklich mit der elektronischen Speicherung meiner Daten für die vorgenannten Zwecke einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds

# SEPA-Lastschrift-Mandat



**Zahlungsempfänger:**

Freunde der Ellwanger Gymnasien e.V.  
Emma-Schlette-Weg 8  
73479 Ellwangen

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

**DE08ZZZ00000544480**

**Mandatsreferenz** \_\_\_\_\_

(entspricht Ihrer **Mitgliedsnummer**, wird Ihnen mit dem Begrüßungsschreiben mitgeteilt)

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, **wiederkehrende Zahlungen** von meinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit jährlich 20,-- EUR bzw. ermäßigt 10,-- EUR und wird jeweils zum **1. Juni** eingezogen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)**

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name) \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen auch Erziehungsberechtigter)