

Beitrittserklärung Freundeskreis Dante-Gymnasium e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundeskreis des Dante-Gymnasiums München e.V. zum 01. des kommenden Monats. Ich zahle den **Jahresbeitrag von 30 Euro** einmalig sofort und danach jeweils zum 31.01. des Jahres.

Falls gewünscht: Das erste Jahr wird anteilig zum Eintrittsdatum eingezogen.
 Ich möchte einen höheren Beitrag in Höhe von _____ jährlich spenden.

Wir sind als gemeinnütziger Verein anerkannt und stellen Ihnen gerne auf Anfrage eine Spendenquittung aus. Version 2020-04-26

Vorname Name in Druckschrift

Vorname Name des Kindes, Klasse

Telefon

E-Mail-Adresse

Bitte füllen Sie nebenstehendes SEPA-Mandat aus, hieraus übernehmen wir Ihre persönlichen Daten.

Hinweis: Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, die Informationen des Freundeskreises zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben. Diese sind jederzeit einsehbar unter www.dante-gymnasium.de/freundeskreis-vorstand-kontakt-download

Anbei eine Auswahl unserer Projekte, die Sie mit Ihrem Beitrag unterstützen:

- ✓ **Bezuschussung der Schulfahrten am Dante**
- ✓ **Perspektivwechsel**
- ✓ **Kicklusion**
- ✓ **Mathegym**
- ✓ **Schulbegrüßungs-T-Shirts**
- ✓ **Sanitätsausbildung**
- ✓ **diverse Angebote in unterschiedlichen Jahrgangsstufen wie**
 - Prävention zu Essstörungen
 - Medienprävention
 - Klassensprecherseminare
 - Tutorenschulungen und Streitschlichterseminare



Wir freuen uns, Sie als Mitglied begrüßen zu dürfen und bedanken uns schon einmal recht herzlich.

Ihr Vorstand vom Freundeskreis Dante-Gymnasium München e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers	
Freundeskreis Dante-Gymnasium München e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers	
Straße und Hausnummer	
Wackersberger Str. 61	
Postleitzahl und Ort	Land
81371 München	Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer	
DE06ZZZ00000929800	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	

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.

Zahlungsart	
<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
E-Mail-Adresse	
Postleitzahl und Ort	Land
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)	
BIC (8 oder 11 Stellen)	
Ort	Datum (TT/MM/JJJJ)
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	