

Freunde des Frankenwald-Gymnasiums Kronach e.V.

Am Schulzentrum 5
96317 Kronach



Änderung von Mitgliedsdaten

Schön, dass du uns auf dem laufenden hältst!

Letzte dem Verein bekannte Daten:

Name, Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Abi-Jahrgang am FWG: _____

E-Mail: _____

Welche Daten haben sich geändert?

Bitte ankreuzen

Meine Stammdaten haben sich geändert

Name, Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Abi-Jahrgang am FWG: _____

E-Mail: _____

Meine Bankverbindung hat sich geändert

Bitte fülle das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite aus und unterzeichne es ebenfalls.

Ich möchte meinen Jahresbeitrag ändern

Mein Jahresbeitrag beträgt insgesamt: _____ €

Familie mind. 15€ pro Jahr, Kind(er) mind. 5€ pro Jahr und Kind,

Erwachsene(r) mind. 10€ pro Jahr und Person, Student(in) mind. 5€ pro Jahr und Person

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte sende die Vorder- und Rückseite der Beitrittserklärung an die obige Adresse oder per Mail an rafael@freunde-des-fwg.de. Alternativ kann diese auch im Sekretariat abgegeben werden.

Für alle Änderungen, die nicht über dieses Formular vorgenommen werden können, sind wir ebenfalls per E-Mail an rafael@freunde-des-fwg.de erreichbar.

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freunde des Frankenwaldgymnasium Kronach e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Untere Dorfstr. 7

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

96328 Küps

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE83ZZZ00001270436

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Freunde des Frankenwaldgymnasium Kronach e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Freunde des Frankenwaldgymnasium Kronach e.V.** 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 **Freunde des Frankenwaldgymnasium Kronach e.V.** 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 **Freunde des Frankenwaldgymnasium Kronach e.V.**.

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: