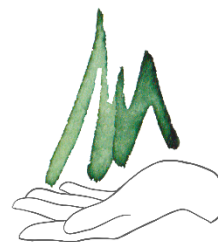


Freunde des Frankenwald-Gymnasiums Kronach e.V.

Am Schulzentrum 5 • 96317 Kronach



Freunde des
Frankenwald-Gymnasiums
Kronach e.V.

Änderung von Mitgliedsdaten

Schön, dass Sie uns auf dem Laufenden halten!

Ich/Wir bin/sind als Einzelmitglied Familie Mitglied oder möchten dies künftig sein:

Name **des Zahlers**: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Abi-Jahrgang am FWG: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Abi-Jahrgang am FWG: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Abi-Jahrgang am FWG: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Abi-Jahrgang am FWG: _____

E-Mail: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Abi-Jahrgang am FWG: _____

E-Mail: _____

Mein/Unser **Jahresbeitrag** beträgt
künftig:

Mindestbeiträge derzeit:

20 € für Familien

10 € für Einzelmitglieder

den von der Mitgliederversammlung
festgesetzten Mindestbeitrag

_____ € pro Jahr, jedoch mindestens den von der
Mitgliederversammlung festgesetzten Mindestbeitrag.

Ort

Datum

Unterschrift **aller** Mitglieder,
bei Minderjährigen der **gesetzlichen Vertreter**

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite aus und unterzeichnen es ebenfalls.

Das Formular können Sie an die obige Adresse oder **eingescannt und unterschrieben** per Mail an hallo@freunde-des-fwg.de senden. Alternativ kann diese auch im Sekretariat abgegeben werden.

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freunde des Frankenwald-Gymnasiums Kronach e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Am Schulzentrum 5

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

96317 Kronach

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE83ZZZ00001270436

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / von 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 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.

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. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment

Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontinhaber) / Debtor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN begins with DE, the BIC can be omitted.

Ort / Location

Datum(TT/MM/JJJJ) / Date(DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: