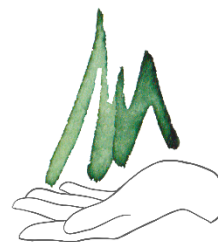


# Freunde des Frankenwald-Gymnasiums Kronach e.V.

Am Schulzentrum 5 • 96317 Kronach



Freunde des  
FrankenWald-Gymnasiums  
Kronach e.V.

## Beitrittserklärung

Ich/Wir möchte(n) dem Verein als  Einzelmitglied  Familie beitreten:

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:  den von der Mitgliederversammlung festgesetzten Mindestbeitrag

Mindestbeiträge derzeit:

20 € für Familien

10 € für Einzelmitglieder

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

Das Merkblatt zum Datenschutz habe(n) ich/wir erhalten/heruntergeladen.

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](mailto: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:**