# Förderverein der Pfarrer-Graf-Schule e. V.

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Förderverein der Pfarrer-Graf-Schule e.V.

Pfarrer-Graf-Straße 8, 76707 Hambrücken

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon/Handy _____ E-Mail _____

Name des Kindes _____ Geburtsdatum* _____

*(freiwillige Angabe)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt **mindestens 6,--€/Jahr**. Die Mitgliedschaft endet **nicht** automatisch mit Beendigung der Schulzeit oder wenn ein/e Schüler/in die Schule vorzeitig verlässt. Eine Kündigung muss schriftlich mitgeteilt werden und wird zum Ablauf des Kalenderjahres wirksam. Dabei muss eine Frist von 4 Wochen zum Jahresende eingehalten werden.

Mein Jahresbeitrag beträgt:_____EUR.

Ich könnte mir vorstellen, mich an einzelnen Aktivitäten des Fördervereins aktiv zu beteiligen.

Ja ☐ Nein ☐

☐ Die vom Förderverein erhobenen personenbezogenen Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft von diesem verwendet, verarbeitet und gespeichert. Die Informationen gemäß Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

☐ Ich willige ausdrücklich und freiwillig ein, dass mir der Förderverein der Pfarrer-Graf-Schule e.V. E-Mails zum Zwecke der Eigenwerbung an meine Mailadresse zusenden darf. Die Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail widerrufen. Die E-Mail ist zu richten an: kontakt@fvpgs-hambruecken.de. Alternativ kann ich meinen Widerruf an die oben genannte Adresse des Fördervereins senden. Die Textform ist ausreichend.

_____

Ort, Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

**Erteilung eines SEPA Basislastschriftmandats (Gläubiger ID Zahlungsempfänger: DE31 ZZZ0 0000 9671 80)**

Ich ermächtige den Förderverein der Pfarrer-Graf-Schule Hambrücken e. V. widerruflich jährlich Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Pfarrer-Graf-Schule Hambrücken e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

_____

Name, Vorname Straße/Hausnummer PLZ/Ort

_____ _____

Kreditinstitut IBAN

_____ _____

BIC Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)