

Beitrittserklärung  
zum Förderverein der Mörikeschule Backnang e.V.



Bitte  
**am Sekretariat der Schule abgeben**  
oder direkt an den  
**Förderverein der Mörikeschule Backnang e.V.**  
**Angelika Fechter (Vorsitzende)**  
c/o Ludwigstraße 36  
71522 Backnang  
Mail: AF\_Foerdereverein.MoerikeGMS@t-online.de

**Bankverbindung** KSK Waiblingen  
IBAN DE28 6025 0010 0008 4382 65

**Anschrift des Mitglieds**

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname)

\_\_\_\_\_  
(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ und Wohnort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon/Handy)

\_\_\_\_\_  
(Mailadresse)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt  
zum

**Förderverein der Mörikeschule  
Backnang e. V.**

Den Jahresbeitrag in Höhe von

- 10,00 € für Erwachsene
- 5,00 € für Jugendliche

**Spende**

Ich spende gern den Betrag von

\_\_\_\_\_ € jährlich/einmalig (Wunsch bitte eindeutig kennzeichnen.)

Den Betrag buchen Sie bitte zusammen mit dem Beitrag ab.

**Bitte das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen und unterschreiben. DANKE!**

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**  
Förderverein der Mörikeschule Backnang e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Ludwigstraße 36

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

71522 Backnang

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE31 ZZZ0 0000 3813 00

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von 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 "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" 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 "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**".

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:**