

**Grundschule Kaiserslautern-Erlenbach**  
**Erlenbacher Straße 24**  
67659 Kaiserslautern-Erlenbach  
**Tel: 06301 – 80 88**      **Fax: 06301 – 71 87 27**  
www.gs-kl-erlenbach.de      E-Mail: gs.erlenbach@kaiserslautern.de



# Beitrittserklärung

Unter Anerkennung der Satzung vom 24.04.2004 werde ich Mitglied im Förderverein der Grundschule Kaiserslautern-Erlenbach.

Meinen Jahresbeitrag von ( ) € 6,-      ( ) € 15,-      ( ) € 25,-      ( ) € \_\_\_\_\_  
lasse ich per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vom Verein einziehen und erteile  
hiermit die Einzugsermächtigung.

Die Einzüge erkennen Sie zukünftig an der  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000900139  
und der Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag Förderverein

Für freiwillige, sonstige Überweisungen gilt das Fördervereinskonto:

<p>Stadtparkasse Kaiserslautern IBAN: <b>DE14 5405 0220 0000 5309 49</b> BIC: MALADE51KLK</p>
---

Beiträge und Spenden an den Förderverein sind nach der Bescheinigung des Finanzamtes  
Kaiserslautern steuerlich abzugsfähig.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des Kindes / der Kinder: \_\_\_\_\_

Klasse(n): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kaiserslautern, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte die ausgefüllte Beitrittserklärung in der Schule abgeben.

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Förderverein der Grundschule Erlenbach e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Erlenbacher Str. 24

**Postleitzahl und Ort:**

67659 Kaiserslautern

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE21ZZZ00000900139

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

Mitgliedsbeitrag Förderverein

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**