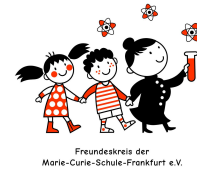


Mitgliedsantrag (Stand Juni 2024)

Freundeskreis der Marie-Curie-Schule Frankfurt e.V.
Graf-von-Stauffenberg-Allee 55
60438 Frankfurt am Main
Email: vorstand@foerderverein-mcs.de



Ich möchte Mitglied des Freundeskreises der Marie-Curie-Schule Frankfurt e.V. werden.
(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____

Mein Jahresbeitrag: _____ EUR (mind. 18 EUR)

Der Beitrag wird immer in voller Höhe und für das volle Kalenderjahr erhoben, unabhängig vom Zeitpunkt des Beginns oder des Endes der Mitgliedschaft. Gleichzeitig verpflichte ich mich zur jährlichen Zahlung des Mitgliedsbeitrages. Die Mitgliedsbeiträge werden immer im 4. Quartal des Jahres rückwirkend für das laufende Jahr abgebucht. Kündigungen sind mit einer 3-monatigen Kündigungsfrist jeweils zum 31.12. des laufenden Jahres möglich.

Datenschutzhinweis: Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft verarbeitet. Der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der DSGVO stimme ich zu.

Die Satzung des Freundeskreises der Marie-Curie-Schule Frankfurt e.V. erkenne ich an. Sie steht mir unter <https://www.foerderverein-mcs.de/mitglied-werden> zum Ausdruck zur Verfügung und gilt damit als ausgehändigt.



Datum, Ort und Unterschrift

Freundeskreis der Marie-Curie-Schule Frankfurt e.V., Graf-von-Stauffenberg-Allee 55, 60438 Frankfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13GS200001617113

Mandatsreferenz: wird vom Verein für jedes Mitglied individuell vergeben (bis 35 alphanumerische Zeichen)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Freundeskreis der Marie-Curie-Schule Frankfurt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift jährlich und wiederkehrend einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis der Marie-Curie-Schule Frankfurt e.V. auf meinem 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

Kreditinstitut (Name)

Straße und Hausnummer

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Postleitzahl und Ort



Datum, Ort und Unterschrift