



Beitrittserklärung

Ich möchte **Mitglied** des Vereins der Freunde und Förderer der Leibnizschule Gymnasium Leipzig e.V. werden und erkenne die **Satzung** des Vereins an und die Beitragsordnung an. Ich verpflichte mich, einen Beitrag **von 18,00 Euro** (Schüler/Azubis und Studenten ermäßigter Beitrag **von mindestens 9,00 Euro**) pro Jahr zu zahlen. Bei Überweisungen ist stets im Verwendungszweck „Beitrag“ anzugeben. Geldsummen, die über diese Summe hinaus entrichtet werden sind Spenden und sollten auch als „Spende“ ausgewiesen werden.

Name	
Vorname	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Datum:.....

Unterschrift:.....

Bankverbindung

Bank	Volksbank Leipzig eG	
IBAN/BIC	DE90 8609 5604 0307 7426 08	GENODEF1LVB
E-Mail-Adresse	foerderverein@leibnizschule.lernsax.de	

Ich erteile Ihnen ein SEPA-Lastschriftmandat

Ich zahle meinen Beitrag per Überweisung bis zum 31. März des lfd. Jahres, spätestens jedoch 4 Wochen nach Beitritt. Wir empfehlen einen Dauerauftrag

Mir ist bekannt, dass der Verein der Freunde und Förderer der Leibnizschule – Gymnasium e.V meine o.g. Daten ausschließlich zu Vereinszwecken speichert und nicht an Dritte weitergibt. Eine Weitergabe erfolgt ausschließlich zu Vereinszwecken. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Datum:..... Unterschrift:.....



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige widerruflich, den Verein der Freunde und Förderer der Leibnizschule Gymnasium Leipzig e.V. (Gläubiger-Identitätsnummer DE90 8609 5604 0307 7426 08), meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Einzug des Erstbeitrages im Eintrittsjahr erfolgt vier Wochen nach dem Tag des Beitritts. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich achte auf ausreichende Deckung meines Kontos. Änderungen meiner Bankverbindung werde ich unverzüglich mitteilen. Ggf. anfallende Gebühren für Rücklastschriften gehen zu meinen Lasten.

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

Kontoinhaber	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Kreditinstitut	
IBAN	

Datum:..... Unterschrift:.....

Mir ist bekannt, dass der Verein der Freunde und Förderer der Leibnizschule – Gymnasium e.V meine o.g. Daten ausschließlich zu Vereinszwecken speichert und nicht an Dritte weitergibt. Eine Weitergabe erfolgt ausschließlich zu Vereinszwecken. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Datum:..... Unterschrift:.....