

Ich möchte Mitglied werden!



Vor- und Nachname:

Anschrift:

(Straße und Hausnummer)

(PLZ und Ort)

Geburtsdatum:

E-Mail:

Ich war Schülerin/Schüler oder Lehrkraft an: **FWS LS OG BG**

(Zutreffendes bitte unterstreichen) von bis

Mit der Automatisierung und Speicherung meiner Daten ausschließlich für die interne Mitgliedsverwaltung bin ich einverstanden.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96 ZZZ0 0000 0224 91

Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt.

Ich ermächtige die Ehemaligen-Vereinigung der Eschweger Gymnasien e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Innerhalb von 8 Wochen ab Belastungsdatum kann ich die Rückerstattung des belasteten Betrags verlangen.

IBAN: DE

Kreditinstitut:

Ort und Datum:

Unterschrift:

