**Beitrittserklärung zum Förderverein der Stadtteilschule Arheilgen e.V.**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt:

Name ....…...………………….....................
Vorname .......................…………………….
Straße .......……………………..................
Wohnort .......................…………………….
Tel .............................................................
E-Mail ........................................................

Den jährlichen Betrag von **€** ...................

( ) bitte im Lastschriftverfahren einziehen

**Wichtiger Hinweis:**

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

**Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig !**

Ort, Datum ................................................

**Unterschrift** .............................................

Bankverbindung: Volksbank Darmstadt

BIC GENODEF1VBD

IBAN: DE97 5089 0000 0031 0497 09

**Förderverein**

**der Stadtteilschule**

**Arheilgen e.V.**

Informationen

+

Mitgliedsantrag



Stand *August 2021*

 **Ziel und Zweck des
 Vereins ist …**

- die Förderung der Beziehungen zwischen
 der Stadtteilschule,
 ihren Schülerinnen und Schülern,
 den Eltern,
 ihren ehemaligen Schülerinnen und Schülern,
 Freunden und Förderern der Schule

- die Unterstützung von Schülerinnen und
 Schülern in sozialer Hinsicht

- zur Verbesserung der Ausstattung der Schule
 beizutragen und sie in ihrer kulturellen Arbeit
 zu begleiten.

Infos zu in den letzten Jahren unterstützten
Projekten und Aktivitäten auf

**www.sts-arheilgen.de/foerderverein**

**Werden Sie Mitglied !**

**Setzen Sie Ihren**

**Mitgliedsbeitrag selbst fest.**

Der **Mindestbeitrag** beträgt **12.-- € jährlich**.

Die schriftliche Kündigung der Mitgliedschaft ist jederzeit jeweils zum 31. Dezember des
Mitgliedsjahres möglich.
Eine Rückerstattung des Beitrags erfolgt nicht.

**Der Verein ist vom**

**Finanzamt Darmstadt als**

**gemeinnützige Organisation**

**anerkannt.**

**Spenden und Mitgliedsbeiträge**

**können steuerlich abgesetzt werden.**

Postadresse:

**Stadtteilschule Arheilgen**

**Kooperative Gesamtschule**

**Grillparzerstr. 33**

**64291 Darmstadt**

**foerderverein@sts-arheilgen.de**

**Tel.: 06151 13486700**

**Bankverbindung:** Volksbank Darmstadt

**BIC** GENODEF1VBD

**IBAN** DE97 5089 0000 0031 0497 09

Vereinsregister Amtsgericht Darmstadt VR2746

1. Vorsitzende Sibylle Schaldach

2. Vorsitzende Marion Gunkel

 Kassiererin Monika Weber

**SEPA-Lastschriftmandat**

 **Zahlungsempfänger:**

 Förderverein der Stadtteilschule Arheilgen e.V
 Gläubiger ID: DE12ZZZ012345678901

**Mandatsreferenznummer:**Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie von uns mit der Bestätigung.

**Ich ermächtige die genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.**

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Angaben zum Kontoinhaber**

Name ......................……………………………….…….

IBAN ....…………………………………….....................

BIC oder BLZ .........……………………………………

Kreditinstitut ..........…………………………………….

Ort, Datum ..........................................................

Unterschrift .........................................................