

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 Mainz

BIC MVBMD55

IBAN: DE81 5519 0000 0310 4970 11

Förderverein der Stadtteilschule Arheilgen e.V.

Informationen +
Mitgliedsantrag



Stand Februar 2024

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.

Werden Sie Mitglied !

Setzen Sie Ihren Mitgliedsbeitrag selbst fest.

Der **Mindestbeitrag** beträgt **12.-- € jährlich**. Die schriftliche Kündigung der Mitgliedschaft ist jederzeit zum Ende des Mitgliedjahrs 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 Mainz
BIC MVBMD55
IBAN DE81 5519 0000 0310 4970 11
Vereinsregister Amtsgericht Darmstadt VR2746

1. Vorsitzende Sibylle Schaldach
2. Vorsitzender 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