

# 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 .....