

Zweck des Vereins ist die „Förderung des Sigmund-Schuckert-Gymnasiums Nürnberg durch die (materielle und ideelle) Unterstützung der Schule bei der Erfüllung ihrer Vorhaben“. In den vergangenen Jahren wurden so z.B. Schülerfahrten, gesellschaftspolitische Vorträge, technische Ausstattungen, Abiturpreise und die musikalische Instrumentenausbildung (Bläserklasse u.a.) unterstützt. Wir freuen uns auf neue Mitglieder.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein „Freunde des Sigmund-Schuckert-Gymnasiums e.V.“.

Persönliche Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Beitragsbemessung

- Jahresbeitrag für Schüler und Studenten Euro 6,00
- Jahresbeitrag für Erwachsene Euro 16,00
- Individueller Beitrag Euro _____,00 (mind. Euro 16,00 pro Jahr)

Zahlungsverfahren

- Der Jahresbeitrag kann von meinem Konto eingezogen werden.
(Bitte das Formular auf der Rückseite ausfüllen!)

Es gilt die aktuelle Satzung vom 15. Januar 1991.

Mit der Speicherung meiner Daten zu Zwecken der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden.

Datum und Unterschrift

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Verein der Freunde des Sigmund-Schuckert-Gymnasiums e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Pommernstraße 10

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

90451

Land / Country:

Nürnberg

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 9 3 Z Z Z 0 0 0 0 1 3 0 4 4 9 7

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

S S G - M I T G L I E D S B E I T R A G - 0

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen / Signature(s) of the debtor:**