



An den

Verein der Freunde & Förderer des Städt. Gymnasiums Bad Laasphe e.V.

Änderung/Ergänzung von Mitgliedsdaten

Folgendes bitte ich abzuändern bzw. zu ergänzen:

Geänderte Daten bitte ankreuzen

- Name** (Name bisher):.....
Vorname
- Anschrift**
- Email**
- Telefon***
- Bankverbindung** (siehe unten)
- Der Jahresbeitrag wird von mir auf _____ € festgelegt.**
(Mindestens 20 € für Vollzahler, mindestens 10 € für Schüler/Studenten/Azubis)

Ort, Datum.....

Unterschrift
(bei Minderjährigen zusätzlich Erziehungsberechtigter)

Weitere Hinweise:

Sonstiger Hinweis:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage dieser Satzung, der DS-GVO, dem BDSG und allen weiteren einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die unter www.gymbala.de einsehbar ist.

Änderungserklärung + SEPA Lastschriftmandat bitte ausfüllen und abgeben oder senden an:

über Klassenlehrer
oder per Fax 02752-208325
oder als Scan an fv@gymbala.de
oder per Post



**Verein der Freunde & Förderer
des Städt. Gymnasiums Bad Laasphe e.V.
Steinackerstr. 10
57334 Bad Laasphe**



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Verein der Freunde und Förderer des Städtischen Gymnasiums Bad Laasphe e.V

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

Steinackerstr. 10

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

57334 Bad Laasphe

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE15ZZZ00000144229

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

Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Verein der Freunde und Förderer des Städtischen Gymnasiums Bad Laasphe e.V** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Verein der Freunde und Förderer des Städtischen Gymnasiums Bad Laasphe e.V** 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 **Verein der Freunde und Förderer des Städtischen Gymnasiums Bad Laasphe e.V** 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 **Verein der Freunde und Förderer des Städtischen Gymnasiums Bad Laasphe e.V**.

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.

Mitgliedsbeitrag: _____ Euro pro Jahr

(mindestens 20,- € für Vollzahler und mindestens 10,- € für Schüler, Studenten und Auszubildende)

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / 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 (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**