



Antrag auf Mitgliedschaft in der

Montessori-Fördergemeinschaft Gilching e.V.
Frühlingstr. 16 a

82205 Gilching

Ich beantrage die

[] Einzelmitgliedschaft (derzeit € 40 jährl.) [] Familienmitgliedschaft (derzeit € 60 jährl.)

[] in jedem Fall [] nur im Falle der Aufnahme meines Kindes

in der Montessori-Fördergemeinschaft Gilching e.V. Die Satzung des Vereins in der
derzeitig gültigen Fassung ist mir bekannt und ich erkenne diese an.

1.Mitglied
Name, Vorname, Geb.datum

E-Mail 1. Mitglied:
Wird für den Email-Versand der Einladung zur Mitgliederversammlung benötigt

2.Mitglied
Name, Vorname, Geb.datum

E-Mail 2. Mitglied:
Wird für den Email-Versand der Einladung zur Mitgliederversammlung benötigt

Straße PLZ/Ort

Telefon * Handy *

Ich möchte gerne mitarbeiten:

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag (derzeit €40,- bzw. € 60,- jährlich)
von meinem Konto abgebucht wird.

Bitte hierzu unbedingt SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite noch ausfüllen!!!

..... Datum Unterschrift des(r) Antragstellers/Antragstellerin, der Antragsteller ->

*= freiwillige Angabe

Box containing the instruction: Nicht von den Erziehungsberechtigten auszufüllen, Über den Antrag entscheidet der Vorstand/Geschäftsführung. Below this is a line for: Gilching, Datum. Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für Mitgliedsbeitrag

Zahlungsempfänger

Vorname und Name/Firma: Montessori Fördergemeinschaft Gilching e.V.

Straße und Hausnummer: Frühlingstr. 16 a

PLZ und Ort: 82205 Gilching

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE77ZZZ00000375234

Mandatsreferenz: **Mitgliedsnr.** _____

Wird vom Verein vergeben

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger,

wiederkehrende Zahlungen (*hier: Mitgliedsbeitrag*)

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Der Einzug erfolgt immer zum 01.06. eines jeden Jahres.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (bitte alle Kontoinhaber nennen)

Vorname und Name/Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____ | _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____

Montessorischule Gilching – Montessori Fördergemeinschaft Gilching e.V.

Frühlingstr. 16 a, 82205 Gilching, Tel 08105/773548

Email: verwaltung@montessorischule-gilching.de Homepage: www.montessorischule-gilching.de

Bankverbindung: Raiffeisenbank Gilching, IBAN DE34 7016 9382 0000 3098 69, BIC GENODEF1GIL

C5 Stand:
28.09.2022