



Förderverein Lessing-Gymnasium  
Hohenstein-Ernstthal e.V.  
Schulstraße 9  
09337 Hohenstein-Ernstthal  
Tel. 03723 42928  
Fax 03723 42883  
E-Mail: foerderverein@lghe.org

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

- Ja, ich bitte um Aufnahme als ordentliches Mitglied beim Förderverein Lessing-Gymnasium Hohenstein-Ernstthal e.V. und erkläre, dass ich die Satzung des Vereins anerkenne.

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/>			
Ort	Datum	Unterschrift	

Wenn Sie mit der Abbuchung des Mitgliedsbeitrages von jährlich 20 Euro von Ihrem Konto einverstanden sind, füllen Sie bitte zusätzlich das SEPA-Lastschriftmandat aus.

---

**Datenschutz:** Ich bin mit der Speicherung und Nutzung der vorstehenden Daten einverstanden. Meine Daten werden nur für die Zwecke der Arbeit des Vereins erhoben, gespeichert und genutzt. Die E-Mail-Adresse kann für einen Versand von Einladungen zu satzungsgemäßen Versammlungen genutzt werden. Der Versand der Einladungen auf elektronischem Wege steht in diesem Fall dem Postweg gleich.

# SEPA Direct Debit Mandate/SEPA-Lastschriftmandat

for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments


Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer Id. 03723/42926, Fax: 03723/42883
Mandate reference/Mandatsreferenz

By signing this mandate form, you authorise

[Creditor's name/Name des Zahlungsempfängers]

Förderverein Lessing-Gymnasium e.V.

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's name/Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

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

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Street name and number/Straße, Hausnummer

Postal code and city/PLZ, Ort

Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

Swift BIC/BIC<sup>1</sup>

Location, date/Ort, Datum

Signature(s)/Unterschrift(en)

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.