

# Schulfonds der Grund- und Regionalschule des Amtes Burg/St. Michaelisdonn e.V.



c/o 1. Vors. Kai Petersen, Hoper Str. 6, 25 693 St. Michaelisdonn, Tel. 0 48 53 / 10 83, Fax 12 67

## Aufnahmeantrag / Spendenvereinbarung

**JA, ich/wir unterstütze/n das Ziel** gem. §2 der Satzung des Schulfonds der Grund- und Regionalschule des Amtes Burg/St. Michaelisdonn e.V. (Auszug)

§2 Zweckbestimmung: ... die Förderung von Bildung und Erziehung an der Grund- und Regionalschule des Amtes Burg/St. Michaelisdonn ...

- mit einer **regelmäßigen Spende** i.H.v. Euro \_\_\_\_\_/Quartal /Jahr - Einzugsermächtigung siehe unten, falls gewünscht.
- mit einer **einmaligen Spende** i.H.v. Euro \_\_\_\_\_ - Einzugsermächtigung siehe unten, falls gewünscht.
- durch eine **Patenschaft** für jeweils **ein Jahr**. Ich überweise 36,00 " auf das Konto bei der Sparkasse Westholstein (**IBAN DE38 2225 0020 0033 0357 56; BIC NOLADE21WHO**) bzw. erteile eine Einzugsermächtigung - siehe unten.
- durch meine/unsere **Mitgliedschaft im Schulfonds** zum nächstmöglichen Termin mit einem Mitgliedsbeitrag von **jährlich 240,00 "** per monatlichem Dauerauftrag über 20,00".
- Ich/wir werde/n den **o.g. Spendenbetrag** auf das Konto bei der Sparkasse Westholstein **überweisen (IBAN DE38 2225 0020 0033 0357 56; BIC NOLADE21WHO)**.

Firma \_\_\_\_\_ Anrede \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Mob. \_\_\_\_\_

Für den Fall des Vereinsbeitritts habe/n ich/wir die **Satzung des Schulfonds zur Kenntnis genommen** und erkenne/n alle darin enthaltenen Regelungen und Bestimmungen mit meiner/unsere Unter-schrift ausdrücklich als für mich/uns bindend an. Ich/wir bin/sind mit der Speicherung meiner/unsere Daten zur ausschließlichen Nutzung für die Zwecke und Belange des Schulfonds einverstanden.

**Ich/wir erteile/n hiermit dem Schulfonds der Grund- und Regionalschule des Amtes Burg/St. Michaelisdonn die Erlaubnis, die oben genannten Beträge jeweils zur Fälligkeit von meinem/ unserem folgenden Konto einzuziehen. Diese Einzugsermächtigung ist jederzeit widerrufbar:**

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Institut \_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift