**Förderkreis der Carl-von-Ossietzky-Schule**

**OBERSTUFENGYMNASIUM DER LANDESHAUPTSTADT WIESBADEN E.V.**

Ernst-von-Harnack-Str. 1

65197 Wiesbaden

Fax: (0611) 317040

E-Mail: [info@foerderkreis-cvo.de](mailto:info@foerderkreis-cvo.de)

Beitrittserklärung

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** |  |
| **Vorname:** |  |
| ***Name und Klasse Ihres Kindes:*** |  |
| **Straße:** |  |
| **PLZ, Wohnort:** |  |
| ***Telefon:*** |  |
| ***E-Mail:*** |  |

Eingerückte Felder sind freiwillig zu füllen. Angaben gelten auch für das u. g. Konto

Ich zahle folgenden Mitgliedsbeitrag pro Jahr nach Eintritt (bitte ankreuzen):

* freiwillig \_\_\_\_\_€
* regulär 30,00 €
* ermäßigt (Schüler/in, Studierende/r) 10,00 €
* Ich möchte meine Mitgliedschaft auf 4 Jahre befristen (Entspricht der Schulzeit bei Eintritt in der 11. Klasse)

Ort, Datum Unterschrift

Förderkreis der Carl-von-Ossietzky-Schule Wiesbaden

Gläubiger-Identifikationsnummer DE54ZZZ00001068034

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderkreis, meine Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderkreis auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |  |
| --- | --- |
| Kontonummer (IBAN): |  |
| Bankleitzahl (BIC): |  |
| Name und Ort der Bank: |  |

Ort, Datum Unterschrift des/der Kontoinhabers/in