



ELUK - Förderverein
 GGS Millrath
 Schulstraße 20
 40699 Erkrath

Eltern und Lehrer unterstützen Kinder
 Verein der Freunde und Förderer
 der GGS Millrath e.V.
 Schulstraße 20
 40699 Erkrath

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erkläre(n) ich (wir) meinen (unseren) Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer der GGS Millrath e.V., Schulstraße 20, 40699 Erkrath. Mir (Uns) ist bekannt, dass die Mitgliedschaft in der Regel vier Jahre dauert und automatisch endet, wenn mein (unser) Kind die Grundschule verlässt. Außerdem habe(n) ich (wir) zur Kenntnis genommen, dass der Mindestbeitrag 12,- EUR pro Jahr beträgt. Die Mitgliedschaft kann ohne Angabe von Gründen durch schriftliche Mitteilung an den Vorsitz von ELUK zum Ende eines Schuljahres gekündigt werden. ELUK dient gemeinnützigen Zwecken im Sinne der § 51 ff. AO und gehört zu den in § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG bezeichneten Körperschaften, Personenvereinigungen und Vermögensmassen. Unserer Satzung können Sie sich auf unserer Internetseite ansehen und herunterladen.

Ich (wir) möchte(n) die Arbeit des Fördervereins im Interesse meines (unseres) Kindes und aller Kinder der Grundschule jährlich mit

- _____- EURO unterstützen. (Der Mindestbeitrag beträgt 12,- EUR pro Jahr.)
- Ich (wir) benötige(n) eine Bestätigung über den jährlich von mir (uns) gezahlten Betrag zur Vorlage beim Finanzamt. (ab 20,- EUR, Zustellung nach Einzug des Beitrags)
- Ich (wir) möchte(n) die Zahlung selbst per Überweisung oder Barzahlung im Schulsekretariat vornehmen. (Die SEPA-Vereinbarung muss in dem Fall nicht ausgefüllt werden)

_____ Vorname / Name	_____ Straße / Hausnummer	_____ PLZ / Ort
_____ Telefon	_____ Klasse meines (unseres) Kindes	_____ Weitere(s) Kind(er) in Klasse(n)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (wir) ermächtige(n) den Verein der Freunde und Förderer der GGS Millrath, Schulstraße 20, 40699 Erkrath, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom Verein der Freunde und Förderer der GGS Millrath auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich (wir) kann (können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Der Einzug des Betrages erfolgt jährlich zum 15. Februar.**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Gläubiger-Identifikationsnummer:
 DE76ZZZ00000734346
 Bankverbindung: Kreissparkasse Düsseldorf
 IBAN: DE69301502000003102688
 BIC/SWIFT: WELADED1KSD

_____ Vorname / Name (aller Kontoinhaber)	_____ Straße / Hausnummer	_____ PLZ / Ort
_____ Kreditinstitut (Name)	_____ BIC (auf Ihrem Kontoauszug zu finden)	DE__ ____ ____ ____ ____ ____ IBAN (auf Ihrem Kontoauszug zu finden)

Datum, Ort & Unterschrift (aller Kontoinhaber)