



Helmholtz-Gymnasium

AUFNAHMEANTRAG

Ja, ich möchte Mitglied im Freundeskreis
des Helmholtz-Gymnasiums e.V. werden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße und Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon (privat / dienstlich / mobil):

E-Mail:

Verbindung zur Schule: (z.B. Tochter/Sohn, Name, Klasse, Jahrgang / oder eigener Abiturjahrgang)

Ich möchte die Helmholtz-Eule und
ggf. weitere Informationen per E-Mail erhalten: JA / NEIN

Ich entrichte folgenden Mitgliedsbeitrag pro Jahr:

- 10,- EUR (Mindestbeitrag für Schüler/Studenten/Auszubildende)
 15,- EUR (Mindestbeitrag)
 25,- EUR
 50,- EUR
 _____,-EUR

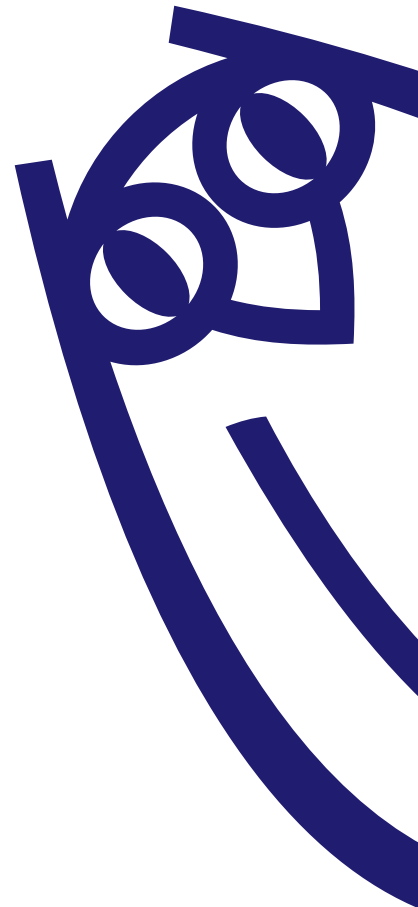
Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Bankverbindung. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Den datenschutzrechtlichen Hinweis sowie die Satzung habe ich zur Kenntnis genommen und stimme mit den in der Satzung enthaltenen Aufgaben und Zielen des Vereins überein. (Vereinsatzung unter: <https://www.freunde-helmholtzschule.de/vereinsatzung>)

Datum

Unterschrift

Die Mitgliedschaft
beginnt mit dem Datum
der Unterzeichnung.



Bitte auch das
Lastschriftmandat ausfüllen!

SEPA LASTSCHRIFT MANDAT

Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger Freundeskreis des Helmholtz-Gymnasiums e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Freundeskreis des Helmholtz-Gymnasiums e.V.
Kurfürstenstr. 53, D-14467 Potsdam

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE34ZZZ00000832005

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers):

Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Straße		Hausnummer :
PLZ	Ort	Land

IBAN des Zahlungspflichtigen (für Deutschland 22 Stellen)

BIC des Zahlungspflichtigen (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)