

Antrag auf Mitgliedschaft im Alumni- und Förderverein der Hessischen Schülerakademien e.V.

Antragsteller

Name		Geburtsdatum	
Straße/Nr.		Nationalität	
PLZ/Wohnort		Handy	
Telefon		Mail	
Kto-Nr		BLZ	
Bank		Ort der Bank	

Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag ist frei wählbar. Er kann jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum folgenden Haushaltsjahr ohne Angabe von Gründen per Email an den Finanzvorstand geändert werden.

	Ich zahle den vollen Beitrag von 50 € / Jahr
	Ich zahle den verminderten Beitrag von 20 € / Jahr
	Ich kann mir den Beitrag im Moment nicht leisten und zahle deshalb 0 € / Jahr*

- = Der Verein erlaubt sich in diesem Fall, jährlich an die Möglichkeit einer Erhöhung des Mitgliedsbeitrags zu erinnern

Im Falle eines unterjährigen Beitritts in den Verein wird der volle Mitgliedsbeitrag erhoben, sofern der Beitritt in der ersten Hälfte des laufenden Kalenderjahres, also bis zum 30. Juni, stattfindet. Erfolgt der Beitritt in der zweiten Hälfte des laufenden Jahres, wird nur die Hälfte des Beitrages für diese Zeit veranschlagt.

Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die in diesem Antrag angegebenen Daten zum Zwecke der Mitgliederbetreuung vom Alumni- und Förderverein der Hessischen Schülerakademien, Frankfurt, in elektronischer Form gespeichert und verarbeitet werden.

Ort, Datum		Unterschrift <small>bei minderjährigen Erziehungsberechtigte</small>	
------------	--	---	--

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich eine Mitgliedschaft im Alumni- und Förderverein der Hessischen Schülerakademien ab dem:

Ich erkenne die Satzung des Vereins an.

Ort, Datum		Unterschrift <small>bei minderjährigen Erziehungsberechtigte</small>	
------------	--	---	--

Das ausgefüllte Formular bitte an folgende Adresse schicken:
David Twardella; Leistikowweg 36; 30655 Hannover
Email: vorstand.auf.hsaka@gmail.com

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

Alumni- und Förderverein der Hessischen Schülerakademien e.V.
c/o Peter Gorzolla
Allerheiligenstraße 2 – 4
60313 Frankfurt am Main

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE15ZZZ00001552669

Mandatsreferenznummer:

(wird durch den Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Mitglied:

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Name	
Vorname	

Zahlungspflichtige/r:

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Titel	
Name	
Vorname	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
IBAN	
BIC	
Zahlungsart	Jährlich wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Alumni- und Förderverein der Hessischen Schülerakademien e. V.) auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Ort, Datum: Unterschrift des Zahlungspflichtigen:.....