

An den Verein der Freunde
des Katharinen-Gymnasiums Ingolstadt
Jesuitenstraße 10
85049 Ingolstadt

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Freunde des Katharinen-Gymnasiums Ingolstadt.

Name, Vorname		ggf. Name des Schülers	
Geburtsdatum		ggf. Geburtsname	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	

Der Mitgliedsbeitrag für eine Person beträgt jährlich 25,00 €, bei mehreren Personen einer Familie (mit gleicher Wohnanschrift) beträgt dieser 35,00 €.

Der Mitgliedsbeitrag für einen Studenten beträgt jährlich 10,00 €. (Ab dem 8. Beitrittsjahr erhöht er sich auf 25 € jährlich.)

Ich trete als Einzelperson bei Ich trete mit meiner Familie bei Ich trete als Student bei

Die Abbuchung erfolgt erstmalig binnen vier Wochen nach Beitritt, in den Folgejahren regelmäßig im Monat April.
Der Jahresbeitrag ist steuerlich voll absetzbar. Nach Eingang des Jahresbeitrages wird mir die steuerliche Bescheinigung zugesandt.

Die Kündigung kann schriftlich mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen.

Die vollständige Satzung kann auf der Website des Freundeskreises abgerufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00001235444

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger separat mitgeteilt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Verein der Freunde des Katharinen-Gymnasiums Ingolstadt e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Verein der Freunde des Katharinen-Gymnasiums Ingolstadt 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.

Vorname und Name des /der Kontoinhaber(s)	
IBAN:	BIC:

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ort, Datum

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen