

**Ich/wir möchte/n Mitglied im Förderverein werden.  
Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 12 €.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (weitere Familienmitglieder bitte auf der Rückseite notieren)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Kind/er – z.Zt. in Klasse/n:

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Gläubiger-Identifikation: DE26ZZZ00000920322**

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Mandatsreferenz (wird gesondert mitgeteilt)**

Ich/Wir ermächtigen Förderverein für die Kinder der Wielandschule e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Bitte in den KiWies-Briefkasten (Eingangsbereich des Schulgebäudes) einwerfen.

Kontakt: Claudia Aust, Tel. 0176 21255609

E-Mail: [kiwies-foerderverein@web.de](mailto:kiwies-foerderverein@web.de)

**Ich/wir möchte/n Mitglied im Förderverein werden.  
Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 12 €.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (weitere Familienmitglieder bitte auf der Rückseite notieren)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Kind/er – z.Zt. in Klasse/n:

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Gläubiger-Identifikation: DE26ZZZ00000920322**

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Mandatsreferenz (wird gesondert mitgeteilt)**

Ich/Wir ermächtigen Förderverein für die Kinder der Wielandschule e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Bitte in den KiWies-Briefkasten (Eingangsbereich des Schulgebäudes) einwerfen.

Kontakt: Claudia Aust, Tel. 0176 21255609

E-Mail: [kiwies-foerderverein@web.de](mailto:kiwies-foerderverein@web.de)