



**FREUNDKREIS DES GYMNASIUM ANDREANUM
IN HILDESHEIM**

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
Freundeskreis des Gymnasium Andreanum in Hildesheim e. V.

Der Mindestbeitrag je Geschäftsjahr (01.01. – 31.12.) beträgt **13,--€**.

NAME: _____ VORNAME: _____

TELEFON-NR.: _____

STRASSE: _____ POSTFACH: _____

PLZ: _____ ORT: _____

E-Mail-Anschrift (Angabe freiwillig): _____

Bitte ankreuzen:

- Ich bin Ehemalige/r (Abitur-Jahrgang ____)
- Ich bin Elternteil eines aktiven Schülers (und zwar in Klasse ____)

..... (Ort, Datum) (Unterschrift)

Freundeskreis Gymnasium Andreanum Hagentorwall 17 31134 Hildesheim <i>freundeskreis@andreanum.de</i>	Vorsitzender Carsten Hennies ☎05121-692583	Bankverbindung: Sparkasse Hildesheim IBAN: DE91 2595 0130 0000060260 BIC: NOLADE21HIK
--	--	--

Einzugsermächtigung s. Rückseite

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Freundeskreis des Gymnasium Andreanum

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Hagentorwall 17

Postleitzahl und Ort:

Postfach 100163

31101 Hildesheim

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE42ZZZ00001193186

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

MIT-_____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Freundeskreis des Gymnasium Andreanum** widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Freundeskreis des Gymnasium Andreanum** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Freundeskreis des Gymnasium Andreanum** 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):