



Verein der Eltern, Freunde und Ehemaligen  
der Schadow Oberschule e.V.  
Beuckestraße 27-29  
14163 Berlin

## Beitrittserklärung zum Förderverein

Dem Verein der Eltern, Freunde und Ehemaligen der Schadow Oberschule e.V.  
möchte ich beitreten:

.....  
Name, Vorname

.....  
Name des Kindes (freiwillig)

.....  
Straße

.....  
PLZ, Ort

.....  
Email

.....  
Telefon

Mein **Jahresbeitrag** beträgt: \_\_\_\_\_ Euro (mind. 20 Euro).

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich/Wir ermächtige(n) den

Verein der Eltern, Freunde und Ehemaligen der Schadow Oberschule e.V.

Gläubiger ID: DE43ZZZ00001288325

Die Mandatsreferenznummer entspricht der Mitgliedsnummer

wiederkehrend jährlich Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift  
einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von auf mein/unser  
Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Bitte im Sekretariat oder bei der Klassenleitung abgeben oder an die o. g. Adresse senden.