

Antrag auf Aufnahme in den Mensaveroin der Mathilde Anneke Gesamtschule e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Mensaveroin der Mathilde Anneke Gesamtschule Münster e.V. und erkläre, die Ziele des Vereins zu unterstützen und den Mitgliedsbeitrag zu entrichten.

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich habe ein Kind/Kinder an der Mathilde Anneke Gesamtschule Ja Nein

ggf. Name des/der Kinder und Klasse(n): _____

Ich zahle den **regulären** Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von 12 €.

ODER

Ich zahle freiwillig einen **höheren** Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von _____ €.

ODER

Ich bin **Schüler/in** der MAG und vom Jahresmitgliedsbeitrag befreit.

Ich erteile dem Verein ein SEPA-Lastschriftmandat.
(Formular Rückseite)

Datum _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen:

Ich stimme der Mitgliedschaft meines Kindes im Mensaveroin der Mathilde Anneke Gesamtschule e.V. zu.

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten: _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Mensaverein der Mathilde Anneke Gesamtschule e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Manfred-von-Richthofen-Str. 36
48145 Münster

Gläubiger-Identifikationsnummer (wird vom Verein ergänzt):**Mandatsreferenz (wird vom Verein ergänzt):****Mitgliedsnummer (wird vom Verein ergänzt):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):**

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)****BIC (8 oder 11 Stellen)****Ort:****Datum:****Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):**