

**SCHULVEREIN**

Der Förderverein des OHG

**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Schulverein des Otto-Hahn-Gymnasiums Saarbrücken

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

Anschrift / Hausnummer:

\_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort:

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse / Telefonnummer für Rückfragen:

\_\_\_\_\_

Mein(e) Kind(er) ist (sind) derzeit in der (den) Klasse(n):

\_\_\_\_\_

Name(n) und Klasse angeben:

\_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich den Schulverein des Otto-Hahn-Gymnasiums widerruflich, den Jahresmitgliedsbeitrag von EUR ..... (Mindestbetrag EURO 25,00) gem. des umseitigen SEPA Lastschrift Mandats, zum 01.02. eines jeden Jahres zu Lasten meines Girokontos zu belasten.

Die aktuelle Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Saarbrücken, den \_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Bitte **beide Seiten** des Antrags ausgefüllt beim Klassenlehrer abgeben oder in den Briefkasten vor dem Sekretariat einwerfen.

OHG Schulverein – Der Förderverein des OHG Saarbrücken

Kontakt: ohgschulverein@gmail.com

1. Vorsitzende: Nina Klückmann    Geschäftsführerin: Nato Gugushvili

**SEPA-Lastschriftmandat**  
**SEPA Direct Debit Mandate**

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Schulverein des Otto-Hahn-Gymnasiums e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Landwehrplatz 3

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

66111 Saarbrücken

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE13ZZ00000775929

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Schulverein des Otto-Hahn-Gymnasiums e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Schulverein des Otto-Hahn-Gymnasiums 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Schulverein des Otto-Hahn-Gymnasiums e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Schulverein des Otto-Hahn-Gymnasiums e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**

**Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment**     **Einmalige Zahlung / One-off payment**

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.  
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:**

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell  
114 902.000 D0 (Fassung Feb. 2016) - V2.6  
© Deutscher Sparkassenverband