

An (Zahlungsempfänger)

Sekretariat / Förderverein des
Gymnasiums St. Wolfhelm
Turmstraße 2

41366 Schwalmtal

Name, Vorname und genaue Anschrift des Kontoinhabers in
Druckbuchstaben


Anrede: Frau Herr

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

 Telefon: _____

 Email: _____

Vorname des Kindes: _____

Zuname des Kindes: _____

Geschlecht des Kindes männlich weiblich
Wahlfach des Kindes (ab Klasse 6) Latein Französisch

Förderbeitrag

Zur Verbesserung der Ausbildungs-Situation in Höhe von 60,00 € für das erste Kind, 36,00€ für das zweite Kind, 24,00€ für das dritte Kind. Ab dem vierten Kind besteht Beitragsfreiheit bei gleichzeitigem Schulbesuch des Gymnasiums St. Wolfhelm. (Alleiniger Einzug des Förderbeitrags: Kein Einzug des Eigenanteils Lehrmittel)

jährlich 60,00€ 36,00€ 24,00€ halbjährlich 30,00€ 18,00€ 12,00€
 vierteljährlich 15,00€ 9,00€ 6,00€ monatlich 5,00€ 3,00€ 2,00€

Name des/der Geschwisterkinde(s)/r und die Klasse(n): _____

Eigenanteil Lehrmittel (sofern nicht bereits der Auftrag erteilt wurde!):

den Schulbucheigenanteil in Höhe des jährlich von der Schulkonferenz festgesetzten Betrages (wird gesondert mitgeteilt) (Alleiniger Einzug des Eigenanteil Lehrmittel: keine Mitgliedschaft im Förderverein)

Der Einzug erfolgt, je nach Fälligkeit, Anfang des jeweiligen Monats.

Bei Eintritt im Lauf des Kalenderjahres wird der jahresanteilige Beitrag berechnet (gilt nur für den Förderbeitrag)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Förderverein des Gymnasiums St. Wolfhelm widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein des Gymnasiums St. Wolfhelm Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein des Gymnasiums St. Wolfhelm 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.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name des Kontoinhabers

Name des Kreditinstitutes

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ BIC: _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _

Ort, Datum

Unterschrift(en) des / der Zahlungspflichtigen