

WIR BRAUCHEN SIE!

Der Freundeskreis Gymnasium Horb e.V. unterstützt alle Schülerinnen und Schüler auf vielfältige Weise --- ob es um einen Zuschuss zur Klassenfahrt oder zu einem Theaterbesuch geht, um hochwertige Schulmaterialien, Materialien für besondere Projekte wie den Schulgarten, Einrichtungen für den Ganztagsbetrieb oder die Einrichtung der Computerräume. Wir nennen hier nur einige wenige Beispiele, wie der Förderverein den Alltag in der Schule mitgestaltet.

Viele kleine Beträge ergeben in der Summe eine große und wertvolle Hilfe. Mit vielen Mitgliedern sind wir stark. Deshalb bitten wir Sie: Werden Sie Mitglied im Förderverein des Gymnasiums Ihrer Kinder.

**Der Mindestmitgliedsbeitrag liegt bei 14,- € (Einzelmitgliedschaft) bzw. 20,- € im Jahr (Familienmitgliedschaft) – ein kleiner Betrag, der viel bewirken kann.
Natürlich dürfen Sie den Beitrag nach eigenem Wunsch auch nach oben anheben.**

Füllen Sie einfach den Aufnahmeantrag incl. SEPA-Lastschriftmandat (auf der Rückseite) aus.
Wir freuen uns über Ihre Hilfe, vielen Dank!

**Unsere Bankverbindung bei der Kreissparkasse Freudenstadt lautet:
IBAN: DE76 6425 1060 0000 7247 40,
BIC: SOLADES1FDS**

Beitrittserklärung

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Ehemalige Schüler bitte Abiturjahrgang angeben:

Ort, Datum.....Unterschrift/Stempel.....

Bitte Rückseite beachten !

SEPA-Lastschriftmandat (bitte unbedingt ausfüllen)

Name des Zahlungsempfängers: **Freundeskreis Gymnasium Horb e.V.**
Anschrift des Zahlungsempfängers: **Fürstabt-Gerbert-Straße 21, 72160 Horb a. N.**
Gläubiger-ID: **DE97ZZZ00000516397**

Mandatsreferenz (bitte alle gestrichelt unterlegten Felder ausfüllen):

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Förderverein **Freundeskreis Gymnasium Horb e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Freundeskreis Gymnasium Horb 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.

Ich zahle einen Beitrag in Höhe von: **Euro**

(Mindestbeitrag Einzelmitgliedschaft: 14,- € / Familienmitgliedschaft: 20,- €)

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung jeweils zum 01.04. des laufendes Schuljahres

Vorname und Name des Kontoinhabers	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
BIC	Name des Kreditinstituts

IBAN	
DE ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Bitte achten Sie auf korrekte Angabe dieser Nummer	
Ort, Datum und Unterschrift	