

Beitrittserklärung

Ich beantrage als Mitglied in den Alumniverein der Leonardo-da-Vinci-Gesamtschule Potsdam aufgenommen zu werden.

Nachname

Vorname

Geburtsdatum __ . __ . ____

Anschrift

Abschlussjahrgang an der Leonardo-da-Vinci-Gesamtschule ____

Anderer Bezug zur Schule

Beitrittsdatum

sofort

ab/zum:

ergänzende Angaben (freiwillig)

E-Mail-Adresse (erwünscht)

telefonische Erreichbarkeit (erwünscht)

ausgeübter Beruf bei Firma

Ausbildung/Studium

Fremdsprachen englisch französisch spanisch

andere Fremdsprachen

Ich habe die Satzung zur Kenntnis genommen, erkenne die Satzung an und akzeptiere die Bedingungen. Weiterhin habe ich den §17 (Datenschutz) ausdrücklich zur Kenntnis genommen. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß DSGVO bin ich einverstanden.

Potsdam, den __ . __ . ____

Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

ggf. vollständiger Name des gesetzlichen Vertreters:

Gemäß §4 Abs. 2 der Satzung bestätigt der 1. Vorsitzende nach Beschluss des Vorstandes die Aufnahme:

Potsdam, den __ . __ . ____

Datum

Unterschrift

Jahresbeitrag

Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Ordentliches Mitglied**
- Mindestjahresbeitrag 12 €
- anderer Beitrag (mind. 12 €) ___ €
- zusätzlich** eine einmalige **Aufnahmegebühr** in Höhe von **10 €** (§ 4 Abs. 3)
- Beitragsfreies Mitglied** nach §13 Satzung Abs.1
nach Vorstandsbeschluss vom __ . __ . ____
gültig bis 31.12. ____
- Fördermitglied** nach §14 Satzung Abs.1
nach Vorstandsbeschluss vom __ . __ . ____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Alumniverein der Leonardo-da-Vinci Gesamtschule Potsdam widerruflich, meinen Jahresbeitrag / den Jahresbeitrag für mein Kind **zum 28.02. eines Jahres** mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Alumniverein der Leonardo-da-Vinci Gesamtschule Potsdam auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Geldinstitut

IBAN _____ **BIC**

Kontoinhaber

Anschrift (wenn abweichend)

Potsdam, den __ . __ . ____

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

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.