

I would like to become a member of the Förderverein Internationale Schule und Preschool am Schuldorf Bergstraße e.V. (**friends of siss**). I hereby agree to the yearly membership fee of min. 60 € for individuals and families and 500 € for companies. The amount is due on joining the friends society and then on 15th February of each year and will be charged by SEPA direct debit. On request, companies have the possibility of receiving an invoice for transferring the amount due.

*Ich möchte Mitglied im Förderverein Internationale Schule und Preschool am Schuldorf Bergstraße e.V. (**friends of siss**) werden. Mit dem Mitgliedsbeitrag von mindestens 60,- € für Einzelpersonen und Familien und 500,- € für Unternehmen bin ich einverstanden. Der Beitrag ist bei Eintritt und ansonsten am 15. Februar eines jeden Jahres fällig und wird per SEPA-Lastschriftverfahren abgebucht. Für Firmen besteht die Möglichkeit der Rechnungsstellung zwecks Überweisung.*

.....  
Name or company name | *Name, Vorname oder Firma*

.....  
Phone no. (in case of queries) | *Telefon (für Rückfragen)*

.....  
Street | *Straße*

.....  
Email

.....  
Post code, town/business address | *PLZ, Wohnort/Firmensitz*

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

I confirm that my fee amounting to ..... € (minimum 60€ individuals/families and 500€ companies) can be debited annually from the following account. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under 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. Creditor identifier is DE10ZZZ00000356652.

*Hiermit ermächtige ich den FöV Internationale Schule u. Preschool e.V., meinen Jahresbeitrag in Höhe von ..... € (mindestens 60,- € Personen/Familien und 500,- € Unternehmen) von meinem folgenden Konto einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, diese Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Dieses Lastschriftmandat wird durch unsere Gläubigeridentifikationsnummer DE10ZZZ00000356652 gekennzeichnet und künftig bei allen Lastschrifteinzügen angegeben. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.*

IBAN .....

BIC .....

Bank .....

.....  
Date | *Datum*

.....  
Signature | *Unterschrift*

Please send the completed form to: | *Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden:*  
**friendsofsiss@gmail.com**