

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 **minimum** 60 € for individuals and families or 500 € for companies. In the first year, the amount is payable pro rata for each full calendar month of membership. Afterwards, the fee will be charged annually by SEPA direct debit on 15th February. On request, members have the possibility of receiving an invoice for 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. Im Jahr des Eintritts ist der Beitrag anteilig für jeden vollen Kalendermonat der Mitgliedschaft zu entrichten. Ansonsten ist der Mitgliedsbeitrag bis zum 15. Februar eines jeden Jahres in voller Höhe fällig, und wird per SEPA-Lastschriftverfahren abgebucht. Die Mitglieder haben die Möglichkeit, auf Antrag eine Rechnung des fälligen Betrags zu erhalten.*

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

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

E mail

Your child's/children's year group (optional)

SEPA Direct Debit Mandate | *SEPA-Lastschriftmandat*

Herewith I authorize the Förderverein Internationale Schule und Preschool am Schuldorf Bergstraße e.V. (friends of siss) to debit the fee amounting to € (**minimum** 60€ individuals/families and 500€ companies) from the following account. I can demand reimbursement of the debited amount within 8 weeks of the debit date under the terms and conditions of my bank. The direct debit will be processed under the creditor identifier DE10ZZZ00000356652. The mandate reference will be indicated separately on all future direct debits.

*Hiermit ermächtige ich den Förderverein Internationale Schule und Preschool e.V., den Beitrag in Höhe von € (**mindestens** 60€ Einzelpersonen/Familien und 500€ Firmen) von folgendem Konto abzubuchen. 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 Gläubiger-identifikationsnummer DE10ZZZ00000356652 gekennzeichnet. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.*

IBAN _____

BIC _____ Bank _____

Date and signature | *Datum und Unterschrift*

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