

Beitrittserklärung zur
SLEIDANIA
Verein der Förderer und Ehemahligen
des Städtischen Gymnasiums Schleiden e.V.
Blumenthaler Str. 7, 53937 Schleiden

Name: Vorname:
Straße:
PLZ: Wohnort:
Telefon: Geb.Datum:

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie, bis auf Widerruf, durch Lastschrift den jeweils fälligen Jahresbeitrag (und Spende) von dem nachstehenden Bankkonto einzuziehen.

Konto-Nr.:
BLZ:
Bankverbindung:

Name des Kontoinhabers:
Beitrag: Euro 10,00 und Spende: Euro
(Betrag nach Wunsch des Mitgliedes/Spenders)

Datum: Unterschrift: