

# Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Verein der Freunde und Förderer der Katholischen Grundschule Simmerath e.V. bei und entrichte einen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ € (mindestens 15€ jährlich), den ich von meinem Konto abbuchen lassen möchte.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Tel.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Die Satzung erkenne ich an und willige der Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO ein. Beides habe ich auf der Website ([www.kgs-simmerath.de](http://www.kgs-simmerath.de)) nachgelesen und zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Gemeinsam*

*lässt sich*

*viel bewegen*

## Kontakt

Bickerather Straße 5  
52152 Simmerath  
Tel.: 02473/8158

E-Mail: [vff.kgs-simmerath@web.de](mailto:vff.kgs-simmerath@web.de)  
Website: [www.kgs-simmerath.de](http://www.kgs-simmerath.de)



**Unsere**

**Kinder**

**brauchen**

**Sie**

**Werden Sie Mitglied**





# Unsere Projekte

- Bücher und Lernmaterialien
- Fußballtore und Sporttrikots
- Klettergerüste und Wave-Boards
- Neue Medien
- Projektwochen und Theateraufführungen
- Erste Hilfe Kurse und Verkehrserziehung
- u.v.m.



## Über uns

Wir sind eine Gruppe von Eltern, Freunden, Verwandten und Lehrer\*innen und kommen zusammen, um etwas an der Schule zu bewegen.

Seit der Gründung 1992 hat der Verein schon viele Projekte für unsere Kinder unterstützen können.

Gerne möchten wir dieses mit Ihnen zusammen weiter fortführen.

**Wir brauchen Sie!**  
**Werden Sie jetzt Fördermitglied!**

## Einzugsermächtigung

Verein der Freunde und Förderer der Katholischen Grundschule Simmerath e. V.  
Gläubiger – Identifikationsnummer DE30ZZZ00000147548  
Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

### SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein der Freunde und Förderer der Katholischen Grundschule Simmerath e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VFF auf meinem Konto gezogenen wiederkehrenden Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

BIC \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_

DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift