

# Beitrittserklärung

bitte per E-mail an  
foerdverein@mws-mainz.de  
oder über Klassenlehrer/-in an  
Schulsekretariat



zum Online Formular



Maria Ward-Schule Mainz

Förderverein der Eltern, Ehemaligen und  
Freunde der Maria Ward-Schule e.V. Mainz  
Ballplatz 3, 55116 Mainz  
Vorsitzende: Marianne Kunkel  
Tel: 06131 260123  
E-mail: foerdverein@mws-mainz.de  
Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE 90ZZZ00000191573  
Bankverbindung:  
IBAN: DE41 3706 0193 4004 1130 18  
IBAN: DE80 5535 0010 0100 0359 55

Ich / wir trete(n) dem Förderverein der Eltern, Ehemaligen und Freunde der MWS e.V. bei.

Name des Mitgliedes	Vorname	Geburtsdatum	
Name des Lebenspartners (optional)	Vorname (optional)	Geburtsdatum (optional)	
Straße	Nr.	Geb.name der Mutter	ehemalige Schülerin von - bis
PLZ	Ort	Name der Tochter	Klasse Geb.datum Tochter
E-Mail	Telefon-Nr 1	Telefon-Nr. 2 (optional)	

## Mitgliedsbeitrag

Ich / wir zahle(n) einen Mitgliedsbeitrag\* von:                      jährlich                      monatlich

\* Empfohlener Mitgliedsbeitrag: monatlich mindestens 60,00 € pro Schülerin, jährlich 720,00 € nach der Devise 2,00 € pro Tag. Die Beiträge sind steuerlich absetzbar. Eine Spendenbescheinigung für Beträge über 300,00 € erhalten Sie auf elektronischem Weg an die angegebene E-Mail Adresse. Die [Satzung](#) des Vereins finden Sie auf der Homepage.

## Einverständniserklärung

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass alle vorstehenden, personenbezogenen Daten im Wege der elektronischen Datenverarbeitung gespeichert, verarbeitet und schulintern zur ordnungsgemäßen Durchführung des Vereinszwecks genutzt werden. Die personenbezogenen Daten dürfen auch nach Beendigung des Schulverhältnisses / Austritt aus dem Verein weiter gespeichert bleiben (z.B. für Jubiläums- / Ehemaligentreffen).

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift

## Sepa Lastschriftmandat Mandatsreferenz-Nummer (wird nachgereicht)

Ich / wir ermächtige(n) den Förderverein der Eltern, Ehemaligen und Freunde der MWS e.V. bis auf Widerruf den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich kann / wir können dieses SEPA-Lastschriftmandat jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen.

Kontoinhaber (Name)

Kontoinhaber (Vorname)

jährlich zum 01.02.  
bei Einschulung einmalig  
zum 01.10.

IBAN

BIC

monatlich zum 15.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Kontoinhabers