

Beitrittserklärung

Ich trete dem Verein unter Anerkennung von Satzung und Beitragsordnung bei.

Kontaktdaten			
Name		Name zur Schulzeit	
Vorname		Spitzname damals	
Geburtsdatum		Abi-Jahrgang	
Beruf, Tätigkeit, Unternehmen			
Strasse, Nr.			
PLZ, Ort			
Land			
Telefon		Telefon 2	
Email			
Email 2			
Weitergabe von Kontaktdaten			
Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an andere Mitglieder weiter gegeben werden			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an andere Mitglieder aus meinem Abi-Jahrgang weiter gegeben werden			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, gelegentlich vom Verein um Unterstützung bei der Berufsvorbereitung der Schüler gebeten zu werden			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Beitrag ¹⁾			
Die Jahresbeiträge zahle ich per			<input type="checkbox"/> Lastschrift <i style="color: red; font-size: small;">Bitte Rückseite ausfüllen</i> <input type="checkbox"/> Überweisung
Ermäßigter/Kein Beitrag bis: (Grund bitte ankreuzen)			<input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Partnerbeitrag <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Ausland

¹⁾ Der jährliche Beitrag beträgt 15,00 Euro, ermäßigt 5,00 Euro

Vorstand
 Detlef Nehmer (Vors.)
 Birgit Adam (stellv. Vors.)
 Arno Schramm (Schatzmeister)

Amtsgericht Hamburg
 VR 18960
Finanzamt Hamburg-Nord
 StNr. 17/421/12795

Bankverbindung
 Hamburger Sparkasse
 IBAN DE71200505501295149932
 BIC HASPDEHHXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer		DE97ZZZ00000446169
Mandatsreferenz (wird gesondert per Mail mitgeteilt)		
SEPA-Lastschriftmandat		
<p>Ich ermächtige AltGOLD – Verein der Ehemaligen des Gymnasium Oldenfelde e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift ein zu ziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von AltGOLD – Verein der Ehemaligen des Gymnasium Oldenfelde e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>		
Kontoinhaber	<input type="checkbox"/> siehe Rückseite	
Straße und Hausnummer	<input type="checkbox"/> siehe Rückseite	
Postleitzahl und Ort	<input type="checkbox"/> siehe Rückseite	
Kreditinstitut (Name und BIC)		
IBAN	DE _____	
Ort	Datum	Unterschrift
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die AltGOLD-Mitgliedschaft von	<input type="checkbox"/> siehe Rückseite	

¹⁾ Der jährliche Beitrag beträgt 15,00 Euro, ermäßigt 5,00 Euro