

schule für gestaltung:

Antrag auf Mitgliedschaft bei der Freien Kunstschule Ravensburg e.V.

Für Mitglieder des Vereins besteht die Möglichkeit, an Veranstaltungen der Schule für Gestaltung teilzunehmen. Außerdem können Kurse im Rahmen der Abendschule zu ermäßigter Gebühr besucht werden.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 30,- € und wird zu Beginn eines jeden Geschäftsjahres mittels Einzugsermächtigung von unten stehendem Konto abgebucht (Bitte hierzu SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen).

Der Mitgliederausweis wird nach erfolgter Bezahlung zugestellt.

Aufnahmeantrag

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon

Email

Ort, Datum

Unterschrift

Schule für Gestaltung

Freie Kunstschule
Ravensburg e.V.
Kapuzinerstraße 27
88212 Ravensburg

Telefon 0751.15313
Fax 0751.33932
info@sfg-ravensburg.de
www.sfg-ravensburg.de

Bitte füllen Sie das beigegefügte SEPA-Lastschriftmandat aus und mailen, faxen oder senden Sie uns diese beiden Seiten ausgefüllt zurück. Vielen Dank!

Das aktuelle Kursprogramm finden Sie unter <http://www.fks-ravensburg.de/>

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Mitgliedsbeitrag 30,- € jährlich zum 05.03.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: