

**VEREIN DER FREUNDE UND  
FÖRDERER DER SOPHIENSCHULE E.V.**



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer der Sophienschule.

Name, Vorname:

.....

Straße, Hausnummer:

.....

PLZ/ Wohnort:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

Der Jahresbeitrag beträgt mind. 12€.

SEPA–Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein der Freunde und Förderer der Sophienschule e.V. den Jahresbeitrag von \_\_\_\_ € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an diese Lastschrift einzulösen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Bei Eltern von Schülerinnen und Schülern erlischt, sofern nicht anders beantragt, die Mitgliedschaft mit dem Schulbesuchsende des Kindes.*