

# Förderverein der Rahel-Hirsch-Schule OSZ Gesundheit / Medizin e. V.

Peter-Weiss-Gasse 8 - 12627 Berlin



RAHEL-HIRSCH-SCHULE  
OSZ GESUNDHEIT UND MEDIZIN

## Beitrittserklärung – Original für den Förderverein

Ich erkläre meinen Beitritt zum Förderverein der Rahel-Hirsch-Schule OSZ Gesundheit / Medizin e. V.. Die Satzung des Vereins erkenne ich an und bin bereit den Förderverein durch meinen Beitritt finanziell zu unterstützen. Weitere Verpflichtungen entstehen hieraus nicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ u. Wohnort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Meine Tochter/Auszubildende bzw. mein Sohn/mein Auszubildender besucht zurzeit die Klasse \_\_\_\_\_.

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Maildaten durch den Förderverein ausschließlich genutzt werden, um Aktionen anzukündigen, über Termine zu informieren und zum Austausch von Informationen in Belangen, die der Satzung des Vereins entsprechen.

---

Ich bezahle den Mitgliedsbeitrag in Höhe von (bitte ankreuzen bzw. eintragen)

- 12,00 EUR (Mindestbeitrag)                       50,00 EUR  
 24,00 EUR     \_\_\_\_\_ EUR

in Bargeld bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das der Beitrag gelten soll, an die Kassenwartin des Fördervereins.

---

Ich überweise den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von (bitte ankreuzen bzw. eintragen)

- 12,00 EUR (Mindestbeitrag)                       50,00 EUR  
 24,00 EUR     \_\_\_\_\_ EUR

auf das u. g. Konto bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das der Beitrag gelten soll.

---

Ort, Datum, Unterschrift

---

### **Kontoverbindung:**

Deutsche Bank  
IBAN: DE69 1007 0024 0327 9361 00  
BIC: DEUTDE33HAN  
Verwendungszweck: Beitrag Name + Jahr

### **Finanzamt für Körperschaften I**

**Steuer-Nr.:** 27/665/67865

### **Amtsgericht Charlottenburg**

**Register-Nr.:** VR 21384

# Förderverein der Rahel-Hirsch-Schule OSZ Gesundheit / Medizin e. V.

Peter-Weiss-Gasse 8 - 12627 Berlin



RAHEL-HIRSCH-SCHULE  
OSZ GESUNDHEIT UND MEDIZIN

## Beitrittserklärung – Durchschrift für das Mitglied

Ich erkläre meinen Beitritt zum Förderverein der Rahel-Hirsch-Schule OSZ Gesundheit / Medizin e. V.. Die Satzung des Vereins erkenne ich an und bin bereit den Förderverein durch meinen Beitritt finanziell zu unterstützen. Weitere Verpflichtungen entstehen hieraus nicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ u. Wohnort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Meine Tochter/Auszubildende bzw. mein Sohn/mein Auszubildender besucht zurzeit die Klasse \_\_\_\_\_.

Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Maildaten durch den Förderverein ausschließlich genutzt werden, um Aktionen anzukündigen, über Termine zu informieren und zum Austausch von Informationen in Belangen, die der Satzung des Vereins entsprechen.

---

Ich bezahle den Mitgliedsbeitrag in Höhe von (bitte ankreuzen bzw. eintragen)

- 12,00 EUR (Mindestbeitrag)                       50,00 EUR  
 24,00 EUR     \_\_\_\_\_ EUR

in Bargeld bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das der Beitrag gelten soll, an die Kassenwartin des Fördervereins.

---

Ich überweise den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von (bitte ankreuzen bzw. eintragen)

- 12,00 EUR (Mindestbeitrag)                       50,00 EUR  
 24,00 EUR     \_\_\_\_\_ EUR

auf das u. g. Konto bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das der Beitrag gelten soll.

---

Ort, Datum, Unterschrift

---

### Kontoverbindung:

Deutsche Bank  
IBAN: DE69 1007 0024 0327 9361 00  
BIC: DEUTDE33HAN  
Verwendungszweck: Beitrag Name + Jahr

### Finanzamt für Körperschaften I

Steuer-Nr.: 27/665/67865

### Amtsgericht Charlottenburg

Register-Nr.: VR 21384