

# *Aufnahmeantrag*

Hiermit erkläre ich mich bereit, Mitglied im Förderverein „ZURF – Zusammenschluss zur Förderung e.V.“ zu werden.

*Name, Vorname*

---

*Straße, Hausnummer*

---

*Postleitzahl, Ort*

---

*Telefon*

---

*E-Mail*

---

*Name meines Kindes*

---

- Ich überweise meinen Beitrag von 12 Euro pro Schuljahr.
- Ich lege meinen höheren Beitrag bis auf Widerruf auf \_\_\_\_\_ Euro pro Schuljahr fest.

**Ich überweise meinen Beitrag innerhalb von 4 Wochen nach vollzogener Aufnahme und jeweils zu Beginn des folgenden Schuljahres bis Oktober. Der Austritt ist jederzeit schriftlich oder per E-Mail gegenüber dem Vorstand zu erklären und ist jederzeit zulässig und sofort wirksam.**

**Ich bin einverstanden, dass der Verein meine Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.**

---

**Datum**

---

**Unterschrift**