

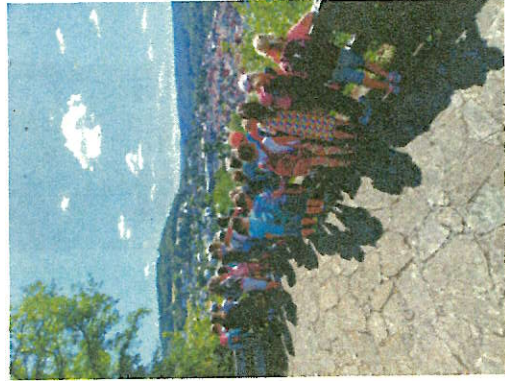
Schulförderverein

Burgitzschule

Schule heute und für morgen braucht vielfältige Unterstützung, um den Schülerinnen und Schülern eine qualifizierte und zukunftsorientierte Ausbildung zu sichern.

Nur durch die Unterstützung von engagierten Eltern, Freunden und Förderern kann die Burgitzschule als Schule der Stadt Spangenberg und für die Gemeinde Morschen ihre vielfältigen Aufgaben, die über das hinausgehen, was üblicher Schulbetrieb ist, erfüllen.

Diese Unterstützung ist nicht nur materiell, sondern auch ideell.



Unsere Ziele

- Unterstützung und Förderung der Burgitzschule in ihrer schulischen und öffentlichen Arbeit
- Kontakte knüpfen, Kontakte ausbauen, Kontakte pflegen zu außerschulischen Einrichtungen, Institutionen und Personen
- Gemeinsamkeiten der Burgitzschule und ihrem Umfeld in Spangenberg und Morschen nutzen

Wir sorgen für

- die Ganztagsbetreuung „Klecks!“
- die Ausstattung mit digitalen Medien
- die Ausstattung der Werkstätten:
 - Holzwerkraum
 - Metallwerkraum
- die Schülerbücherei
- die Anschaffung von Spielgeräten
- die Möglichkeit zum Mittagessen
- besondere Anschaffungswünsche

Anmeldeformular

Ich/Wir möchten Mitglied im Schulförderverein werden.

(Name)

(Straße)

(PLZ/Wohnort)

(Geburtsdatum)

(Telefon-Nr./E-Mail-Adresse)

(Datum, Unterschrift)

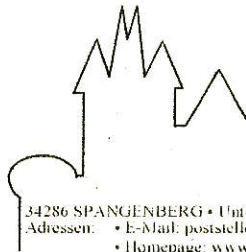
Jahresbetrag von _____ € (mind. 15€)

Die Erteilung der Einzugsermächtigung und des SEPA-Lastschriftmandats liegt bei.

BURGITZSCHULE

Unterhain 1
Telefon: 05663 225
Fax: 05663 6212

E-Mail: poststelle@gs.spangenberg.schulverwaltung.hessen.de
Homepage: www.burgitzschule.de



Förderverein der
BURGSITZSCHULE
Gesamtschule
SPANGENBERG

34286 SPANGENBERG • Unterhain 1 • Tel 05663/225 • Fax 05663/6212
Adressen: • E-Mail: poststelle@ggs.spangenberg.schulverwaltung.hessen.de
• Homepage: www.burgsitzschule.de

SEPA-Basislastschriftmandat

Erstmalige Angabe

Änderung meiner bisherigen Bankverbindung

Zahlungsempfänger:

Schulförderverein der Burgsitzschule Spangenberg
Unterhain 1, 34286 Spangenberg

Zahlungspflichtiger:

Name: _____

Adresse: _____

Name des Kindes: _____

Betreff: Erteilung/Änderung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE77ZZZ00000267952

Mandatsreferenz: _____

Kontoinhaber: _____

Name der Bank: _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Ort, Datum

Unterschrift/en der/des Kontoinhabers