



Verein der Freunde und Förderer des Berufskollegs Brilon e.V.  
Zur Jakobuslinde 30 • 59929 Brilon

### BEITRITTSERKLÄRUNG

- Hiermit erkläre ich meinen / erklären wir den Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer des Berufskollegs Brilon e. V.
- Ich bin / wir sind bereit, bis auf Widerruf jährlich .....00 € als Mitgliedsbeitrag zu zahlen.  
(Der jährliche Mindestmitgliedsbeiträge beträgt lt. Satzung  
→ für Schüler und Auszubildende: 6,00 € → für Nichtschüler: 12,00 €;  
→ für Betriebe - mit weniger als 100 Beschäftigten: 50,00 € - mit 100 und mehr Beschäftigten: 150,00 €)
- Ich überweise diesen Betrag jährlich auf eines der beiden u. a. Konten.
- Ich bitte/ wir bitten, diesen Betrag jährlich von meinem / unserem Konto einzuziehen.  
(In diesem Falle bitte das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

### 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:

**Verein der Freunde und Förderer des Berufskollegs Brilon e. V.  
Zur Jakobuslinde 30, 59929 Brilon, Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: **DE77ZZZ00000250959**

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.

Zahlungsart / Type of payment (Bitte das entsprechende ankreuzen):

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: **Deutschland**

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):

Unterschrift:

Die Bankverbindungen des Fördervereins:

Konto 55 681 Sparkasse Hochsauerland (BLZ 416 517 70); BIC WELADED1HSL  
Konto 45 300 000 Volksbank Brilon (BLZ 416 617 19)

Zur Jakobuslinde 30  
59929 Brilon

Tel.: 02961 945720  
Fax: 02961 945725

E-Mail: [info@berufskolleg-brilon.de](mailto:info@berufskolleg-brilon.de)  
Internet: [www.berufskolleg-brilon.de](http://www.berufskolleg-brilon.de)