

**Verein der Freunde**

**der Käthe-Kollwitz-Schule Kiel**

Paul-Flemming-Straße 1, 24114 Kiel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gläubiger-ID: DE53ZZZ00001182706

Liebe Eltern,

der Verein der Freunde der KKS ermöglicht durch Ihre Mitgliedsbeiträge, Einrichtungen der Schule regelmäßig zu verbessern und die verschiedenen Unterrichtsfächer und Arbeitsgemeinschaften zu unterstützen.

Die Kosten für diese Anschaffungen, von denen alle Schülerinnen und Schüler sowie Lehrerinnen und Lehrer profitieren, werden von vielen Eltern getragen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der gültigen Satzung unter (www.kks-kiel.info).

Zeigen auch Sie Ihre Solidarität und leisten Sie Ihren Beitrag zu unserem Verein, der alle angeht. Machen Sie mit beim Verein der Freunde der Käthe-Kollwitz-Schule. Wir freuen uns über Vorschläge und Anregungen zur Vereinsarbeit, sprechen Sie uns einfach an.

**Werden auch Sie Mitglied im Interesse Ihres Kindes!**

Der Vorstand

VdF

✂ -----------------------------------------------------✂----------------------------------------------------------✂

 Bitte abtrennen und dem/der Klassenlehrer/in geben.

**Wir machen mit ...!**

**Die gültige Satzung des VdF wird mit der Beitrittserklärung anerkannt.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | ………………………………................ | Kind: | ...................... | Klasse: | ..... |
| Straße: | ………………………………................ |
| Plz/Ort: | ………………………………................ |
| Tel.: | ………………………………................ | e-mail: | ………………………………….. |

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

**🖵** Ich werde Mitglied zum Jahresbeitrag von: ......................................................................€
**🖵** Ich unterstütze den Verein mit einer einmaligen Spende von: ........................................€
**🖵** SEPA-Lastschriftmandat (Mandatsreferenz wird Ihre Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger VdF der KKS-Kiel wiederkehrende Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger VdF der KKS-Kiel 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IBAN | ...................................................................... | BIC | ............................................. |

|  |
| --- |
| Bordesholmer Sparkasse |
| IBAN | DE86210512750010017432 |
| BIC | NOLADE21BOR |

**🖵**  Ich überweise meinen Beitrag jährlich auf
 das Konto des VDF bei der

Kiel, den......................................... Unterschrift:..............................................