

Förderverein  
der staatlich anerkannten Ersatzschule  
Berufskolleg Michaelshoven e.V.  
kurz: FSBM e.V.

Das Berufskolleg Michaelshoven bietet vielfältige Ausbildungsmöglichkeiten	Berufsfachschule Qualifizierung	Kinderpflege
Sozialassistenten	Sozialpädagogik	Heilerziehungspflege
Gymnastik	Gesundheit und Soziales	Motopädie

Als Mitglied des Fördervereins helfen Sie uns unter anderem dabei:

- Schulveranstaltungen zu fördern
- Unterrichtsmaterialien zu beschaffen
- Bedürftige Schüler finanziell zu unterstützen

Monatlicher Mindestbeitrag: 2 Euro / 0,50 Euro für Schüler

Ansprechpartner:innen: Frau Schiewe, Frau Engel, Herr Schroth



# AUFNAHMEANTRAG

Bitte abgeben im:  
Berufskolleg Michaelshoven  
Haus Andreas, z.Hd. Schiewe  
Pfarrer-te-Reh-Str.5, 50999 Köln  
Tel.: 0221/9956-2251

Ich möchte ab dem: .....Mitglied werden.

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

E-Mail: .....

Geburtsdatum: ..... Klasse: .....

bei Minderjährigen Name des gesetzlichen Vertreters:

.....

Die Satzung ist mir bekannt

Ich bin bereit, den jährlichen Beitrag von ..... Euro  
(Mindestbeitrag: 24,00 Euro / 6,00 Euro für Schüler:innen)  
mittels SEPA-Basis-Lastschriftverfahren oder Überweisung zu entrichten.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich und muss bis zum 30.September eingegangen sein. Satzung und Protokolle können im Sekretariat der Schule eingesehen werden.

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift,  
bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/  
des gesetzlichen Vertreters)

## SEPA- Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

- Gläubiger Identifikationsnummer DE77BKF00000429748 -

Ich ermächtige den FSBM e.V. den jährlichen Beitrag von ..... Euro  
(Mindestbeitrag: 24,00 Euro / 6,00 Euro für Schüler\*innen)

bis auf meinen schriftlichen Widerruf von meinem nachstehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FSBM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz wird Ihnen mit der 1.Fälligkeit mitgeteilt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend vom Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name: .....

Kreditinstitut : .....

BIC.....IBAN .....

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift Kontoinhaber:in)