



Vorsitzende: Dr. Anne Hermes, Werdohl  
Stv. Vorsitzender: Jürgen Christofzik († 2017), Neuenrade  
Kassierer: Michael Baasner, Altena  
Schriftführerin: Michaela Schubert, Neuenrade  
Pressewartin: Marion Jeßegus, Werdohl  
Beisitzer: Armin Sommer, Werdohl  
Walter Scholle, Plettenberg  
Sebastian Hoffmann, Werdohl  
Andreas Regeling, Kirchhundem

Förderverein der Musikschule Lennetal e. V.  
- F M L  
Brüderstraße 33  
58791 Werdohl

**Bankverbindung:** Vereinigte Sparkasse im Märkischen Kreis  
**BLZ** 458 510 20 – **Konto-Nr.** 70 10 32 62  
**IBAN** DE71 4585 1020 0070 1032 62 – **BIC** WELADED1PLB  
**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE31ZZZ00001237228  
**Telefon:** Musikschule 02392 / 1508  
**E-Mail:** fml2003@outlook.com

### Erklärung über den Beitritt / eine Spende

(intern: Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_ = Mandatsreferenz)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum FML. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung an und (bitte ankreuzen)

- zahle den satzungsgemäßen jährlichen Mindestbeitrag von **€ 12,00** pro Person  
(oder)  zahle einen freiwilligen jährlichen Beitrag von € \_\_\_\_\_

#### alternativ:

Ich möchte derzeit kein Mitglied werden, bin aber bereit, den Verein zu unterstützen, mit einer (bitte ankreuzen)

- einmaligen Spende von € \_\_\_\_\_  jährlichen Spende von € \_\_\_\_\_

#### fakultativer Verwendungszweck der Spende:

- Jugendsinfonieorchester - JSO  \_\_\_\_\_  
 Singende Grundschulen Werdohl - SGW

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon (Vorwahl / Rufnummer)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefonnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) den Förderverein der Musikschule Lennetal e. V., den oben angekreuzten Zahlungsbetrag von meinem / unserem Bankkonto mittels Lastschrift jährlich bzw. einmalig (wie oben angekreuzt) einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Musikschule Lennetal e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. - 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.

\_\_\_\_\_  
Name(n), Vorname(n) des Kontoinhabers / der Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Adresse des Kontoinhabers / der Kontoinhaber, falls abweichend

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC (oder Bankleitzahl - BLZ, falls BIC nicht zur Hand)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
(Kontonummer, falls IBAN nicht zur Hand)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)