



**Salier  
Gymnasium**

An den  
Verein der Freunde und Ehemaligen  
des Salier Gymnasiums Waiblingen e.V.  
c/o Salier Gymnasium Waiblingen  
Im Sämann 32  
71334 Waiblingen

## Änderung der Mitgliedsdaten:

Ich bin Mitglied des „Verein der Freunde und Ehemaligen des Salier-Gymnasiums e.V.“. Meine Daten lauten wie folgt (bitte Name und Vorname auf jeden Fall angeben, den Rest nur bei Änderung):

Name:

Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

freiwillige Angaben:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

falls zutreffend:

Abiturjahrgang:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Studienanschrift:

**Mitgliedsbeitrag:** Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 15,- €. Der erste Mitgliedsbeitrag ist zum Eintritt fällig. Im Schulabgangsjahr und den darauffolgenden 4 Jahren ist der Jahresbeitrag auf 10,- € ermäßigt. Ab dem 5. Jahr nach dem Abitur ist der volle Beitrag fällig. Die Mitgliedschaft im Verein kann jeweils zum 30.09. des laufenden Jahres mit Wirkung ab dem 01.01. des folgenden Jahres gekündigt werden.

**Datenschutz:** Hiermit willige ich ein, dass der Verein der Freunde und Ehemaligen des Salier-Gymnasiums Waiblingen e.V. meine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefon/Handy-Nummer, E-Mail, Bankverbindung, Eintritt) speichert und verarbeitet. Die Daten werden zum Einzug des Mitgliedsbeitrages per Lastschrift aufbereitet. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann und bei Austritt die Daten gelöscht werden.

Ort, Datum:

**Unterschrift:**

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Verein der Freunde und Ehemalige des Salier-Gymnasiums e.V. bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein der Freunde und Ehemalige des Salier-Gymnasiums e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Jahresbeitrag:  Euro (der Mindestbeitrag beträgt 15,- € pro Jahr)

Ort, Datum:

**Unterschrift:**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36ZZZ00000957293, Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer  
IBAN: DE07 6025 0010 0000 3455 45, BIC: SOLADES1WBN (Kreissparkasse Waiblingen)