

Förderverein
Kindertagesstätte Lieblingsplatz e.V.
Am Schwimmbad 2
57627 Hachenburg
Mail
foerderverein@lieblingsplatz-hachenburg.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Kindertagesstätte Lieblingsplatz e.V.

Persönliche Daten

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Geburtsdatum	E-Mail (für Benachrichtigungen z.B. Einladung für Mitgliederversammlung)
Telefon Mobil	

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Unterschrift und kann jederzeit schriftlich zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die aktuelle Satzung, sowie die Beitrags- u. Finanzordnung an. Diese ist jederzeit in der Kindertagesstätte Lieblingsplatz einsehbar.

- ☐ aktives Mitglied (Stimm- u. Wahlrecht) ☐ Fördermitglied (kein Stimm- u. Wahlrecht)

Ich möchte den Förderverein **jährlich** mit folgendem Förderbeitrag unterstützen:

- ☐ 12,00 Euro (Mindestbeitrag) ☐ Beitrag meiner Wahl in Höhe von: _____ Euro

- ☐ Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. *(Ohne Zustimmung keine Mitgliedschaft möglich)*

Ort	Datum
Unterschrift	

Registergericht Montabaur Registernummer VR 21254
Steuernummer 02/670/35503
Bankverbindung
Westerwald Bank eG
IBAN DE47 5739 1800 0013 6055 05
BIC GENODE51WW1



Förderverein
Kindertagesstätte Lieblingsplatz e.V.
Am Schwimmbad 2
57627 Hachenburg
Mail
foerderverein@lieblingsplatz-hachenburg.de

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Förderverein Kindertagesstätte Lieblingsplatz e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderverein Kindertagesstätte Lieblingsplatz 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

IBAN

[illegible]

BIC

[illegible]

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00002017025. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Registergericht Registernummer
Montabaur VR 21254

Steuernummer
02/670/35503

Bankverbindung
Westerwald Bank eG
IBAN DE47 5739 1800 0013 6055 05
BIC GENODE51WW1