



Förderverein KITA Mariä Himmelfahrt Vachendorf e.V.

Beitrittserklärung

ICH will Mitglied im Förderverein KITA Mariä Himmelfahrt Vachendorf werden:

Vorname

Name (=Kontoinhaber)

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

E-Mail (mit Angabe einer e-Mailadresse erkläre ich mich mit der Zusendung von Vereinsmitteilungen per E-Mail einverstanden)

Telefon (Angabe freiwillig)

Jahres-Mitgliedsbeitrag:

Der Jahresbeitrag beträgt 12 Euro und wird entsprechend der Satzung vom angegebenen Konto **einmal jährlich am 15. November über ein SEPA-Lastschriftmandat eingezogen.**

Die Mitgliedschaft kann schriftlich beim Vereinsvorstand des Fördervereins in einer Mail an foerderverein@kita-vachendorf.de mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigungen werden erst mit Ablauf des Kalenderjahres wirksam.

Bitte den gewünschten Beitrag ankreuzen oder eintragen – Mindestbeitrag 12 Euro

Ich bin bereit, **freiwillig** einen **höheren Jahresbeitrag** zu bezahlen:

25 Euro

50 Euro

_____ Euro

Oder

Ich möchte den Förderverein mit einer **einmaligen Spende** unterstützen. Die Höhe der Spende beträgt _____ Euro

Für die Spende wird eine Zuwendungsbestätigung (Spendenquittung) gemäß den geltenden steuerrechtlichen Bestimmungen ausgestellt.

Ort, Datum, Unterschrift

Informationen zur Datenverarbeitung durch den Förderverein finden Sie auf dem Beiblatt und auf www.kita-vachendorf.de

Förderverein KITA Mariä Himmelfahrt Vachendorf e.V. IBAN: DE94 7105 2050 0041 1497 82 BIC: BYLADEM1TST
Gläubiger-Identifikationsnummer (DE82ZZZ00002889772)



Einzugsermächtigung SEPA-Lastschriftverfahren

Förderverein KITA Mariä Himmelfahrt Vachendorf e.V., Schulstraße 7 in 83377 Vachendorf

Gläubiger-Identifikationsnummer (DE82ZZZ00002889772)

Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Förderverein KITA Mariä Himmelfahrt Vachendorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein KITA Mariä Himmelfahrt Vachendorf 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.

IBAN: DE _____

BIC: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

Ort, Datum, Unterschrift