

*Freundeskreis der städtischen Kindertageseinrichtung
Antoniusstraße Kempen e.V.*

Mitgliedsantrag

An den
Förderverein „Freundeskreis der
städtischen Kindertageseinrichtung Antoniusstraße
Kempen e.V.“



Angaben zum Mitglied

Name und Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon / E-Mail: _____

Beitrag

- Ja, ich möchte ab sofort Mitglied im Förderverein „Freundeskreis der städtischen Kindertageseinrichtung Antoniusstraße Kempen e.V.“ werden.
Die Vereinssatzung (einzusehen unter www.foerdervereinkitatabaluga.de) ist mir bekannt.
- Ich bin einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Vereinstätigkeiten gespeichert werden.
- Ich zahle jährlich zum 01.08. (Start Kindergartenjahr) einen Beitrag von _____,-€
(Für Einzelpersonen mindestens 10,-€ und für Familien mindestens 15,-€)

Die Mitgliedschaft soll automatisch enden wenn kein Kind der Familie mehr in der KiTa betreut wird

Name und Geburtstag des Kindes / der Kinder: _____

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

*Freundeskreis der städtischen Kindertageseinrichtung
Antoniusstraße Kempen e.V.*



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Angaben zum Zahlungsempfänger (Gläubiger)

Name des Zahlungsempfängers:

Freundeskreis der städt. KiTa Antoniusstr. Kempen e.V.

Straße und Hausnummer

Blumenweg 8

PLZ / Ort

47906 Kempen

Gläubiger-Identifikationsnummer (Gläubiger-ID)

DE18ZZZ00002537456

Angaben zum Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer des Zahlungspflichtigen

PLZ / Ort des Zahlungspflichtigen

Mandatsreferenznummer des Zahlungspflichtigen

IBAN des Zahlungspflichtigen

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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

Sollte mein / sollte unser Konto keine Deckung vorweisen und dem Zahlungsempfänger (Name s.o.) durch nicht einzulösende Lastschriften Kosten entstehen, werde ich / werden wir für diese Kosten haften.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen
