

Beitrittserklärung



Name

Vorname

Straße

Nummer

Postleitzahl

Ort

Telefon (privat/dienstlich)

Fax (privat/dienstlich)

Geburtsdatum

Ort

E-Mail

Der Jahresbeitrag beträgt

24,00 €

Ich zahle

€

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung gespeichert und dem Vorstand und den Mitgliedern zur Verfügung gestellt werden. Ich erkenne die Satzung des Vereins an. Ich stimme zu, dass alle Einladungen, Informationen etc. des Vereins (inkl. Einladungen zu Mitgliederversammlungen) mir per elektronischer Post (E-Mail) zugestellt werden. Ich verpflichte mich bei Adressänderungen dem Verein die neuen Kontaktdaten zukommen zu lassen.

Datum

Ort

Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat (wiedehrende Zahlungen)

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Hiermit ermächtige ich den Landesverband für Kindertagespflege Brandenburg die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Datum

Ort

Unterschrift