

Anmeldung für eine Mitgliedschaft

0€

Aktive
KTPP

Für Kindertagespflegepersonen **mit einer gültigen Pflegeerlaubnis** aus dem Land Brandenburg sind gemäß § 45 des KitaGesetzes kostenfrei Mitglied im anerkannten berufsständischen Verband für Kindertagespflege.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in den Landesverband für Kindertagespflege Brandenburg e. V.

Name

Vorname

Straße/ Hausnummer

Plz/Ort

Telefon

Handy

Landkreis

Geburtsdatum

E-Mail

gültige Pflegeerlaubnis
(Nachweis erforderlich)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung, Betreuung und Verfolgung der Vereinsziele 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 ect. des Vereins (inkl. Einladungen zur Mitgliederversammlung) mir per elektronischer Post zugestellt werden. Ich verpflichte mich bei Adressänderungen dem Verein die neuen Kontaktdaten zukommen zu lassen. Ich verpflichte mich den Verein unverzüglich zu informieren, wenn die Voraussetzungen zur kostenfreien Mitgliedschaft nicht mehr vorliegen zu informieren.

Ort/Datum

Unterschrift

Anmeldung für eine Mitgliedschaft

100€

Nicht Aktive
KTPP

Für alle juristischen oder natürlichen Personen, **die keine aktiv tätigen** Kindertagespflegepersonen aus Brandenburg gemäß § 45 Abs.1 sind. Diese Mitgliedschaft kostet 100,-€ pro Kalenderjahr.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in den Landesverband für Kindertagespflege Brandenburg e. V.

Name

Vorname

Straße/ Hausnummer

Plz/Ort

Telefon

Handy

Landkreis

Geburtsdatum

E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung, Betreuung und Verfolgung der Vereinsziele 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 ect. des Vereins (inkl. Einladungen zur Mitgliederversammlung) mir per elektronischer Post zugestellt werden. Ich verpflichte mich bei Adressänderungen dem Verein die neuen Kontaktdaten zukommen zu lassen. Ich verpflichte mich den Verein unverzüglich zu informieren, wenn die Voraussetzungen zur kostenfreien Mitgliedschaft nicht mehr vorliegen zu informieren.

Ort/Datum

Unterschrift

Lastschriftmandat

für eine Mitgliedschaft

wiederkehrende Zahlungen

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

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort/Datum

Unterschrift