



## Antrag auf Aufnahme in den Förderverein

Ich beantrage die Aufnahme in den Förderverein KiTa Löwenzahn Elgendorf e.V. und erkläre, dass ich die Vereinssatzung und die Ziele anerkenne und fördern will.

Ich bin darüber informiert, dass meine Mitgliedschaft erst nach schriftlicher Bestätigung durch ein Mitglied des Vorstandes wirksam wird.

Der Jahresbeitrag beträgt z.Zt. 12 Euro für Einzelpersonen bzw. 20 Euro für Ehepaare und wird zum Jahresbeginn fällig. Die Mitgliedschaft kann zum Ende eines Geschäftsjahres, durch schriftliche Mitteilung an den Vorstand, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat beendet werden.

<input type="checkbox"/> <b>Einzelmitgliedschaft</b> (12 Euro pro Jahr) oder <input type="checkbox"/> <b>Partnermitgliedschaft</b> (20 Euro pro Jahr)	<input type="checkbox"/> <b>Barzahlung</b> (Beitrag wird eingesammelt) oder <input type="checkbox"/> <b>SEPA-Lastschrift</b> (Bevorzugt) <u>Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen</u>
---	---

### 1. Mitglied

### 2. Mitglied (Ehepartner)

Name:	
Vorname:	
Straße/Nr:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Hinweis: Im ersten Mitgliedsjahr wird der volle Beitrag im Eintrittsmonat fällig. Danach jeweils im Januar.

Ich benötige eine Spendenquittung:     ja     nein

Ich möchte den Förderverein jährlich mit **zusätzlich** \_\_\_\_\_ € unterstützen.

---

Ort, Datum
Unterschrift(-en)

Mitglied Nr.:

Diese Unterlagen bitte an die unten angegebene Adresse schicken oder einfach dort einwerfen



## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE28ZZZ00001409554  
Mandatsreferenz: (wird bei der Mitgliedschaftsbestätigung mitgeteilt)

Ich ermächtige den Förderverein KiTa Löwenzahn Elgendorf e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein KiTa Löwenzahn Elgendorf 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 Zahlung

Kontoinhaber

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift