



Aufnahmeantrag

Kindertagespflege Lübeck e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im „Kindertagespflege Lübeck e.V.“

Einzelmitglied: Beitrag pro Kalenderjahr 25,- €

Institut, Firma, Behörde: Beitrag pro Kalenderjahr 60,- €
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Bei Eintritt nach dem 31. 08. eines Jahres ist für das laufende Kalenderjahr nur der halbe Beitrag zu zahlen)

**Die Mitgliedschaft wird nur gültig,
wenn der erste Beitrag spätestens 4 Wochen nach Bestätigung der
Antragstellung auf dem Vereinskonto Eingegangen ist.**

Volksbankank Lübeck:

IBAN: DE67 2309 0142 0051 4220 18 BIC: GENODEF1HLU

Nachfolgende Beiträge zahle ich unter Angabe der Mitgliedsnummer unaufgefordert jeweils zum 15. Februar eines Jahres, oder per Lastschrift.

Die Mitgliedschaft endet mit Tod, Austritt, Ausschluss aus dem Verein (oder Auflösung).

Der Austritt kann nur zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen und muss spätestens 3 Monate vor dem Jahresende schriftlich mitgeteilt werden.

Die Finanzordnung und die Vereinssatzung sind mir bekannt und ich erkenne sie durch meine Unterschrift an.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

(Bitte in Block- oder Maschinenschrift)

Mit einer Veröffentlichung meiner Daten im internen Mitgliedsbereich, sowie im Bereich „freie Plätze“ der Vereins-Homepage „www.kindertagespflege-luebeck-ev.de“ erkläre ich mich einverstanden.

..... Mitgliedsnummer: _____

Datum

Unterschrift

(wird vom Verein ausgefüllt)

Bitte senden an: Kindertagespflege Lübeck e.V., c/o Klaus-Dieter Pfeffer, Poststraße 12, 23626 Ratekau

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

erteilt durch:

Name, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben)

Adresse, PLZ, Ort, (Bitte in Druckbuchstaben)

erteilt für:

Kindertagespflege Lübeck e.V.

Ich ermächtige Sie hiermit jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtende/n Zahlung/en bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Girokontos mit Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Meine Kontoverbindung lautet:

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Lübeck, den _____
Datum

Unterschrift Ermächtigende(r)

Mir ist bekannt, daß ich die Kosten, sowie eine Mahngebühr von 5,00 € für eine nicht eingelöste Lastschrift zu tragen habe.

Lübeck, den _____
Datum

Unterschrift Ermächtigende(r)