

Beitrittserklärung

ID-Nummer

Mitgliedsnummer

KinderTagesPflege
LANDESVERBAND
BERLIN

(Wird vom Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V. eingetragen)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V.

Name		Vorname		
Privatadresse: Straße		Postleitzahl	Ort	Telefon
Geburtsdatum		E-Mail-Adresse		
Ich habe eine		<input type="checkbox"/> Kindertagespflegestelle mit bis zu 3 Kindern	<input type="checkbox"/> Kindertagespflegestelle im Verbund mit 8 Kindern	
		<input type="checkbox"/> Kindertagespflegestelle mit 5 Kindern	<input type="checkbox"/> Kindertagespflegestelle im Verbund mit 10 Kindern	

Der Mitgliedsbeitrag pro Kalenderjahr beträgt 46,00 € und ist im 1. Quartal eines jeden Kalenderjahres fällig. (Beitragsordnung vom 14.3.2019 gültig seit dem 15.03.2019)

Ich stimme der EDV-gestützten Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten zur Mitgliederbetreuung zu. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Meinen Austritt muss ich dem Vorstand gegenüber schriftlich erklären. Er ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zulässig.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00002227545
Die Mandatsreferenz wird Ihnen mit der Aufnahmebestätigung mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V., die Beiträge (Mitgliedsbeitrag und ggf. Versicherungsprämien) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V. 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. Dieses Mandat kann ich jederzeit widerrufen.

Name Kontoinhaber Vorname

IBAN DE _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ BIC _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _

Name des Kreditinstituts

Dieses SEPA Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarungen mit dem oben genannten Mitglied.

Datum, Ort

Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers