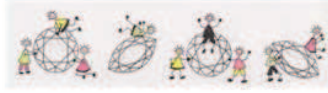


*Förderverein Kindertagesstätte
Funkelstein e.V.*



**Angewann 2
55743 Kirschweiler
Tel.: 06781-33845**

Die Kita Funkelstein in Kirschweiler hat einen Förderverein!
Wir freuen uns sehr über jedes neue Mitglied, das uns mit seinem Beitrag unterstützt.

BEITRITTSERKLÄRUNG / Familien

Hiermit erklären wir zum _____ unseren Eintritt in den „Förderverein der
Kindertagesstätte Funkelstein e.V. in Kirschweiler“

Namen:					
Vornamen:					
Geburtsdaten:					
Straße:	_____				
Wohnort:	_____				
Tel.:	_____				
eMail:	_____				

Der Jahresbeitrag beträgt 18,00 Euro für Familien.

Freiwillig kann auch ein höherer Betrag bezahlt werden.

Der Beitrag wird im Voraus geleistet.

Der Austritt ist möglich mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Jahresende.

Ort, Datum, Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein der Kindertagesstätte Funkelstein e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

z.Hd. Frau Alexandra Orth, Alte Talstraße 33

Postleitzahl und Ort:

55743 Kirschweiler

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE18ZZZ00000054547

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**