Landesverband
Kindertagespflege RLP

Beitrittserklärung

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ _ _ _ _ _ Ort _____

Telefon_____Handynr._____

E-Mail_____ Geb. _ _ . _ _ . _ _ _ _

Ich bin ☐ KTPP ☐ Fachkraft ☐ Eltern Sonstige:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Landesverbandes in der jeweils gültigen Fassung an. Der Austritt aus dem Landesverband muss schriftlich oder per E-Mail bis spätestens 6 Wochen vor Ende des Kalenderjahres mitgeteilt werden.

Eintrittsdatum: 0 1._ _. _ _ _ _

Die Mitgliedsbeiträge betragen nach derzeit gültiger Geschäftsordnung:

Mitglieder **60 EUR**

Der Jahresbeitrag (Jan-Dez) ist spätestens zum 01.02. fällig.
Bei einem unterjährigen Beitritt ist der Beitrag anteilig (1/12 pro Monat) fällig und zum nächsten Monatsanfang zu zahlen.

Die Informationspflichten gemäß DSGVO, Art. 13 bis 14 habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung gespeichert und dem Vorstand zur Verfügung gestellt werden.
Ich stimme zu, dass mir alle Informationen z. B. Einladungen Infos usw. über den Verein per elektronisches Postfach (E-Mail) zugesendet werden.
Ich verpflichte mich, bei Änderung meiner Kontaktdaten (z.B Adresse) umgehend dem Verband mitzuteilen.

_____ _____ _____
Ort Datum Unterschrift

☐ Ich möchte eine Sepa Lastschrift einrichten (Antrag wird zugeschickt)

☐ Ich richte einen Dauerauftrag ein und überweise mit meiner Mitgliedsnummer als Verwendungszeck

Kreditinstitut	**IBAN:**	**BIC:**
Kreissparkasse Mayen	DE04 5765 0010 0098 0836 78	MALADE51MYN

kassenwart@lvktp-rlp.de