

Beitrittserklärung Zusammenschluss

Name Kindertagespflegestelle

Name _____

Vorname _____

Geb. ____ . ____ . ____

Name _____

Vorname _____

Geb. ____ . ____ . ____

Straße _____

PLZ ____ - ____ - ____ Ort _____

Telefon _____ Handynr. _____

E-Mail _____

Mit unseren Unterschriften erkennen wir 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 im Zusammenschluss

100 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 bei einem Beitritt nach dem 01.02. zum nächsten Monatsanfang zu zahlen.

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

Wir sind damit einverstanden, dass unsere o.g. Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung gespeichert und dem Vorstand zur Verfügung gestellt werden.

Wir stimmen zu, dass uns alle Informationen z. B. Einladungen Infos usw. über den Verein per elektronisches Postfach (E-Mail) zugesendet werden.

Wir verpflichten uns, bei Änderung unserer Kontaktdaten (z.B. Adresse) umgehend dem Verband mitzuteilen.

Ort

Datum

Unterschrift

- Wir möchten eine Sepa Lastschrift einrichten (Antrag wird zugeschickt)
- Wir richten einen Dauerauftrag ein und überweise mit meiner Mitgliedsnummer als Verwendungszweck

Kreditinstitut
Kreissparkasse Mayen

IBAN:
DE04 5765 0010 0098 0836 78

BIC:
MALADE51MYN