



Beitrittserklärung

Name, Vorname (1)

Name, Vorname (2)

_____. _____. 19____
Geburtsdatum

_____. _____. 19____
Geburtsdatum

Nationalität

Nationalität

Beruf (Diese Angabe ist freiwillig.)

Beruf (Diese Angabe ist freiwillig.)

Straße, PLZ, Ort (und ggf.) Ortsteil

Straße, PLZ, Ort (und ggf.) Ortsteil

Telefon / Mobil

Telefon / Mobil

E-Mail

E-Mail

1. Hiermit beantrage(n) ich / wir die Mitgliedschaft in der „Elterninitiative für die Montessori-Tageseinrichtungen für Kinder Bestwig e.V.“. Ich / Wir verpflichte(n) mich / uns, als Mitglied des Vereins den durch die Mitgliederversammlung beschlossenen Mitgliedsbeitrag von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einziehen zu lassen (SEPA-Lastschrift-Mandat ist beigelegt).

Der Jahresbeitrag beträgt derzeit 27,- € für Einzelpersonen, bzw. 36,-€ für Familien.

Einzelperson
(bitte ankreuzen)

Familie

Über die Aufnahme von Mitgliedern im Verein **entscheidet der Vorstand**. Dieser bestätigt die Aufnahme. Eine **Mitgliedschaft** im Verein stellt **keine Garantie für die Aufnahme** meines / unseres Kindes in einer der Einrichtungen dar.

2. Ich möchte die Arbeit der Elterninitiative zusätzlich pro Jahr mit _____ € unterstützen!

_____, den ____ . ____ . 20____

Unterschrift (1)

Unterschrift (2)

Die Mitgliedschaft endet mit Eingang der schriftlichen Kündigung bei dem Vorstand der Elterninitiative, gemäß Satzung zum Quartalsende.

59909 Bestwig
Bergkloster 1
59909 Bestwig
Postfach 1162

Telefon
02904 / 808 174
Telefax
02904 / 808 188

Der Verein ist durch das Finanzamt Meschede als gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt worden. Daher kann eine Spendenquittung ausgestellt werden.

Sparkasse Hochsauerland
IBAN DE59 4165 1770 0000 0070 70

Volksbank Sauerland
IBAN DE22 4666 0022 2009 9888 00

SEPA-Lastschrift-Mandat

Elterninitiative für Montessori-Tageseinrichtungen für Kinder Bestwig e.V.

Bergkloster

59909 Bestwig

(Name und Anschrift des Zahlungsempfängers)

DE31ZZZ00000084868

(Gläubiger-ID)

(Mandatsreferenz - wird vom Zahlungsempfänger nachgetragen)

Ich / wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich 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

(Name des Zahlungspflichtigen)

(Anschrift des Zahlungspflichtigen)

(Kontonr. des Zahlungspflichtigen)

(Name und BLZ des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen)

(IBAN des Zahlungspflichtigen)

(BIC des Zahlungspflichtigen)

Datum und Ort

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)