

Förderverein Kindergarten Panama e.V.

Benrader Straße 63e, 47918 Tönisvorst (Telefon: 02151-368995)

Antrag auf Mitgliedschaft

Änderungsmitteilung

Angaben zur Person:

Name	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Name des Kindes	

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein Kindergarten Panama e.V..

Meine Mitgliedschaft soll am _____ beginnen.

Ich zahle den Jahresmindestbeitrag von 15,00 €

Ich zahle einen Jahresbeitrag von _____ €

Der jährliche Mitgliedsbeitrag ist pro Kindergartenjahr (August bis Juli) fällig und zahle ich

per Überweisung

IBAN DE 69 3206 0362 1122 2450 19

BIC GENODED1HTK

per Lastschrift

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite aus.

Die Mitgliedschaft im Förderverein Kindergarten Panama e.V. kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kindergartenjahres (31.07.) gekündigt werden und endet automatisch mit Verlassen des Kindes aus der Einrichtung.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich einverstanden, dass alle von mir angegebenen Daten (mit Ausnahme der Bankverbindung) vom Förderverein Kindergarten Panama e.V. in einer Mitgliederliste veröffentlicht werden können.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Förderverein Kindergarten Panama e.V.

Benrader Straße 63e, 47918 Tönisvorst (Telefon: 02151-368995)

SEPA-Lastschriftmandat

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Vorname und Name

Gläubiger-Identifikationsnummer _____

Mandatsreferenz _____

Gewünschter Beitrag: (bitte ankreuzen)

Mindestbeitrag jährlich von 15,00 EUR

Freiwilliger jährlicher Beitrag von _____ EUR

Fällig jährlich am 01.08. eines Kalenderjahres bzw. bei erstmaliger SEPA-Lastschrift am 15. des Folgemonat der Erteilung des Lastschriftmandates.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Kindergarten Panama e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Kindergarten Panama 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. Im Falle einer Rücklastschrift komme ich für die entstanden Gebühren auf.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

_____ | _____ | _____

Kreditinstitut (Name und BIC)

D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift