

# Waldkindergarten Bünde e.V.

## Beitrittserklärung/ SEPA-Lastschriftmandat

### Beitrittserklärung (\* = Pflichtfelder)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Waldkindergarten Bünde e.V. Mit meinem Beitritt erkläre ich mich mit der jeweils geltenden Satzung und den jeweils geltenden Mitgliedsbeiträgen des Waldkindergarten Bünde e.V. einverstanden. Die Mitgliedschaft ist unbefristet und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende gekündigt werden.

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_ (wird später mitgeteilt)

eMail\*: \_\_\_\_\_

Gewünschter Mitgliedschaftsstatus\*

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

(bitte ankreuzen):

- Aktives Mitglied (Erziehungsberechtigter mit Betreuungsvertrag für ein Kind)
- Passives Mitglied (natürliche Person ohne Betreuungsvertrag für ein Kind)
- Fördermitglied (juristische Person)

Telefon Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum\*: \_\_\_\_\_

[Nur bei passiven und Fördermitgliedern:]

[Nur bei aktiven Mitgliedern:]

Gewünschter Mitgliedsbeitrag pro Monat : \_\_\_\_\_ €

Name des Kindes\*: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes\*: \_\_\_\_\_

[Nur bei Fördermitgliedern:] Firma\*: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes\*: \_\_\_\_\_

Name\*: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Aufnahmedatum\*: \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.\*: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Mitglied

### SEPA-Lastschriftmandat (\* = Pflichtfelder)

Zahlungsempfängers (Gläubiger): Waldkindergarten Bünde e.V. – Kalversiek 22 - 32257 Bünde  
Gläubiger-Identifikationsnummer : DE75ZZZ00001984015

Mandatsreferenz (=Mitgliedsnummer; wird später mitgeteilt): \_\_\_\_\_

Ich/ wir ermächtige(n) den Waldkindergarten Bünde e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Waldkindergarten Bünde e.V. 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/-in:

Kreditinstitut:

Name, Vorname \* \_\_\_\_\_

Bankname\*: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.\*: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_

IBAN\*: DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber/-in