

# Förderverein des Christophorus Kindergarten Glandorf e.V.

## Beitritterklärung:

Ich trete hiermit dem Förderverein des Christophorus Kindergarten Glandorf e.V. als Mitglied bei und erkenne die Satzung des Vereins an.

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

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

Ich erkläre mich bereit, einen Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
in Worten \_\_\_\_\_  
(Mindestbeitrag jährlich 12,-€)

jährlich

einmalig

zu zahlen. Abbuchungen des Vereins erfolgen mit Beginn des jeweiligen neuen Kindergartenjahres.

### Datenschutzhinweis:

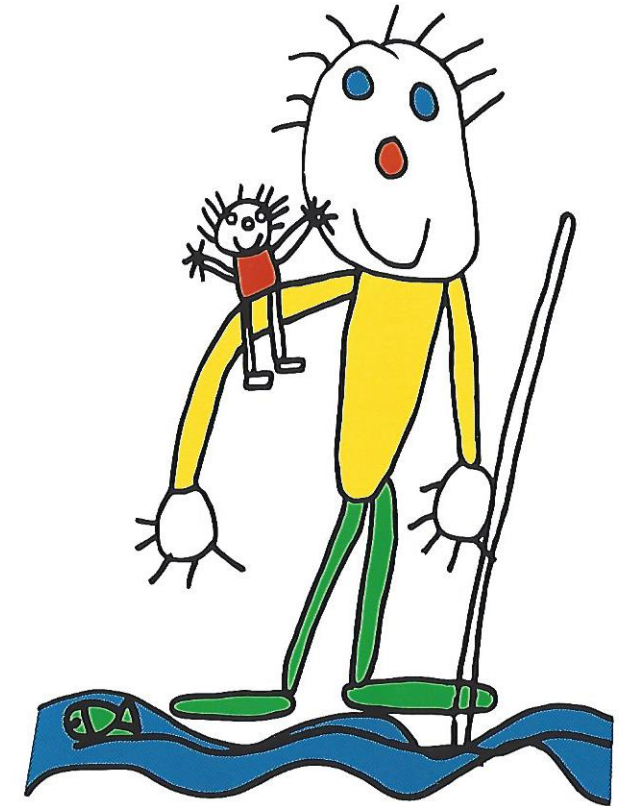
Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von dem Verein erfasst bzw. verarbeitet.

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

Förderverein  
Christophorus Kindergarten  
Johannisstraße 11  
49219 Glandorf

Kontakt über Christophorus Kindergarten  
Telefon: 05426/3643  
E-Mail: christophorus@kindergarten-glandorf.de

# -FÖRDERVEREIN- CHRISTOPHORUS KINDERGARTEN



Johannisstr. 11 • 49219 Glandorf

„Wir helfen beim Wachsen“

## Wir helfen beim Wachsen durch Unterstützung

- bei Ausflügen und Unternehmungen
- bei gesundheitsfördernden Aktivitäten
- bei frühkindlicher Bildung
- bei besonderen Veranstaltungen



## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

### Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein des Chistophorus Kindergarten Glandorf

### Anschrift des Zahlungsempfängers:

Johannisstraße 11 • 49219 Glandorf

### Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE95ZZZ00001450349

### Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unseren Konto einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftenmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene 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       Einmalige Zahlung

### Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

### Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

### IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen(Kontoinhaber):

\_\_\_\_\_