



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Aufnahme in den Trägerverein des Waldkindergartens „Buntspechte Cappel e.V.“

Vor- und Nachname: _____

[Name und Geburtstag
des Kindes:]* _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: Festnetz: _____ Mobil: _____

eMail: _____

* Vor- und Nachname(n) des Kindes, das im Waldkindergarten der Buntspechte Cappel betreut werden soll (Rufnamen bitte unterstreichen).
Personenbezogene Daten werden nur für interne Zwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

- Ich möchte den Verein als ordentliches Mitglied durch einen monatlichen Beitrag von _____ € unterstützen. Mitglieder, die den normalen Satz an Kindergartengebühren zahlen, bringen monatlich 10 € in den Verein ein. Mitglieder, die eine finanzielle Förderung der Kindergartengebühren durch die Stadt Marburg erhalten, zahlen 1€ monatlich.
- Ich möchte den Verein als Fördermitglied durch monatliche Spenden von _____ € unterstützen.

Ich ermächtige den Verein Buntspechte Cappel e.V., diesen Betrag ab _____ (Monat/Jahr) monatlich einzuziehen.

Bei Mitgliederversammlungen, an denen ich selbst nicht teilnehmen kann, bevollmächtige ich hiermit

Vor- und Nachname des/der Bevollmächtigten

Geburtsdatum, Geburtsort

zur Vertretung meiner Interessen, sowie zur uneingeschränkten Ausübung meines Stimmrechts.

Marburg, den _____

Unterschrift

Die Mitgliedschaft endet mit Übertritt des Kindergartenkindes in die Schule automatisch. Gerne kann die Mitgliedschaft dann in eine Fördermitgliedschaft umgewandelt werden.

Eine Ausfertigung der aktuellen Satzung wird dem Mitglied nach Eingang des Antrags zugesandt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die Buntspechte Cappel e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den Buntspechten Cappel e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE12ZZZ00000376404) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/ 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.

BIC: _____ IBAN: _____

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts: _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum _____ Unterschrift(en) _____