

Mitgliedsantrag Förderverein KiFaZ Hartenecker Höhe e.V.

Ja, ich bin dabei! Ich möchte den Förderverein KiFaZ Hartenecker Höhe e.V. unterstützen und werde Mitglied. Die Satzung des Vereins, einzusehen unter <https://kifaz.info/satzung> oder auf Nachfrage beim Förderverein, erkenne ich an.

Bitte den Antrag im Kinder- und Familienzentrum Hartenecker Höhe abgeben oder per E-Mail an: mail@kifaz.info

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Beitrag ab _____ (bitte Kindergartenjahr eintragen – z.B. 2020/21)

€ 10,- Jahresbeitrag höherer Jahresbeitrag: _____ €

Einmalige Spende: _____ €

Ich möchte mich aktiv engagieren und bin erreichbar unter:

Telefon und/oder E-Mail

Der Schutz meiner Personendaten ist dem Förderverein wichtig. Der Förderverein verweist auf die Datenschutzerklärung, die beim Förderverein auf Nachfrage ausgehändigt werden und auf <https://kifaz.info/datenschutz> eingesehen werden kann.

Ich ermächtige den Förderverein des KiFaZ Hartenecker Höhe e.V., den Betrag bis zu meinem Widerruf oder meinem Austritt von meinem Konto abzubuchen.

Einzugsbevollmächtigung auf der Rückseite. Der Beitrag kann als Spende abgesetzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Förderverein KiFaZ Hartenecker Höhe e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers: Anna-Neff-Straße 1, 71640 Ludwigsburg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00002350679

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Einzugsermächtigung

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

SEPA-Lastschriftmandat

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 gezogenen Lastschriften einzulösen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

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 / Kontoinhabers

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

PLZ und Wohnort (Kontoinhaber)

DE

IBAN des Kontoinhabers (max. 22 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift