



BEITRITTSERKLÄRUNG

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ / Ort: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich (Wir) möchte(n) gerne Mitglied des **Förderkreises Evangelischer Kindergarten Solingen-Widdert e.V.** werden! Den Mitgliedsbeitrag möchte(n) ich (wir) **quartalsweise** mit € _____ jeweils zum **15.03.**, **15.06.**, **15.09.** und **15.12.**, oder **jährlich mit € _____** zum **15.09.** jeweils im Voraus zahlen. (Wenn Sie keine Beträge einsetzen, gilt der jeweilige Mindestbeitrag)

Mindestbeiträge: Für ein Kindergarteneltern teil € 18,-- / Quartal bzw. € 72,-- / Jahr
 Für beide Kindergarteneltern teile € 24,-- / Quartal bzw. € 96,-- / Jahr
 Für alle anderen € 9,-- / Quartal bzw. € 36,-- / Jahr

Zahlungsart: **Dauerauftrag/Überweisung** **per Lastschrift** (bitte den unteren Abschnitt ausfüllen)

Kündigungsfrist: Die Kündigung hat jeweils zum 31.07. jeden Jahres zu erfolgen. Maßgeblich ist Das Datum auf dem Poststempel.

Satzung: Mit der Mitgliedschaft wird die Satzung anerkannt.

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift des Mitgliedes)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger: Ev. Förderkreis Kindergarten Solingen-Widdert e.V., Lacher Str. 43, 42657 Solingen

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE04ZZZ00001246832

Mandatsreferenznummer: * (wird von uns vergeben) _____

Zahlungsart: wiederkehrend

Der Förderkreis wird die Mitgliedsbeiträge mit der Mandatsreferenz (wird Ihnen separat mitgeteilt) sowie der Gläubiger-identifikationsnummer DE04ZZZ00001246832 bei jährlicher Zahlweise jeweils zum 15. September und bei quartalsweiser Zahlung zum 15. März, 15. Juni, 15. September und 15. Dezember oder zum jeweils nächsten Werktag einziehen. Wir bitten Sie in diesem Zeitraum für Kontodeckung zu sorgen.

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Ev. Förderkreis Kindergarten Solingen-Widdert e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Mein (Unser) Geldinstitut weise(n) ich (wir) an, die Lastschriften des Ev. Förderkreis Kindergarten Solingen-Widdert e.V. einzulösen, die von meinem (unserem) Konto eingezogen werden.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem (unseren) Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen / Kontoinhabers: _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen: _____

IBAN: DE _____ **BIC:** _____

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift des Zahlungspflichtigen)

Förderkreis Evangelischer Kindergarten Solingen-Widdert e.V., Lacher Str. 43, 42657 Solingen

Erster Vorsitzender: Frank Kraft, Zweiter Vorsitzender: Manuel Nieß, Kassenwartin: Melanie Meis

Bankverbindung: Stadt-Sparkasse Solingen, Bankleitzahl 342 500 00, Konto-Nr. 35014, IBAN: DE61 3425 0000 0000 0350 14, BIC: SOLSDE33XXX

Vereinsregister: Amtsgericht Wuppertal Vereinsregistereintrag: 26032