



# Beitrittserklärung

Name

Vorname

Straße

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon (privat/dienstlich)

Fax (privat/dienstlich)

Geburtsdatum

Ort

Email

Der Jahresbeitrag beträgt  **48 €** / bei Doppelmitgliedschaft\*  **24€**.

\*(Nachweis erforderlich).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung gespeichert und dem Vorstand und den Mitgliedern zur Verfügung gestellt werden. Ich erkenne die Satzung des Vereins an. Ich stimme zu, dass alle Einladungen, Informationen etc. des Vereins (inkl. Einladungen zu Mitgliederversammlungen) mir per elektronischer Post (E-Mail) zugestellt werden. Ich verpflichte mich, bei Adressänderungen dem Verein die neuen Kontaktdaten mitzuteilen.

Datum

Ort

Unterschrift

## SEPA Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Hiermit ermächtige ich den Landesverband für Kindertagespflege Sachsen-Anhalt die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Datum

Ort

Unterschrift