



Mitgliedsantrag für den Eintritt in den Zipfelmützen e.V.

Name :

Vorname:

Name des Kindes/der Kinder: Geburtsdatum:
.....

Anschrift:
.....

Telefon:

Handy:

Email-Adresse:.....@.....

Beginn der Mitgliedschaft:.....

Form der Mitgliedschaft*:

Einzelmitgliedschaft (z.Zt. 60 € p.a.)

Fördermitgliedschaft Beitrag (mind. 20 €): €

Unterschrift:

*** Das Kleingedruckte**

Der Beitrag versteht sich pro Jahr.

Eine Einzelmitgliedschaft ist Voraussetzung für die Betreuung Ihres Kindes in unserer Einrichtung.

Die Kündigung ist zum Quartalsende möglich.

Der Beitrag wird zum Anfang des Quartals eingezogen.



SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen

.....
Name und Nachname (Kontoinhaber)

.....
Straße und Hausnummer

.....
PLZ und Ort

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen bei dem ersten Einzug mitgeteilt.

Ich ermächtige den Zipfelmützen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Zipfelmützen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Kreditinstitut

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / __ **(IBAN)**

BIC _____

.....
Datum, Ort und Unterschrift