

Finde den Fehler!



- mit Förderverein -



- ohne Förderverein -

Beitrittserklärung

1) Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Förderverein Kindertagesstätte Langsur

Name*

Vorname*

Straße, Hausnummer*

Plz, Wohnort*

Telefonnummer*

Geburtsdatum*

Name meines Kindes/meiner Kinder in der Kita Langsur

Die Einladungen zu Hauptversammlungen soll per E-mail erfolgen: _____
E-Mail Adresse*

*Mit einer elektron. Speicherung obiger Daten ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden

2) Ich unterstütze den Förderverein Kindertagesstätte Langsur e.V. durch:

einem jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ (mindestens 12,- €)

Ich gebe meine Steuererklärung in Luxemburg ab.

(Hier gelten besondere Bedingungen in der steuerlichen Abzugsfähigkeit des Mitgliedsbeitrags)

eine **jährliche** Spende in Höhe von _____ €

eine **einmalige** Spende in Höhe von _____ €

3) Ich möchte den Betrag/ die Beträge wie folgt zahlen:

Überweisung an das Konto des Fördervereins Kita Langsur e.V.

IBAN: DE61585501300001027382 bei der Sparkasse Trier (BIC: TRISDE55XXX)

Der Betrag/ Die Beträge sollen von meinem Konto abgebucht werden. (--> Bitte Rückseite ausfüllen!)

Ort, Datum

Unterschrift

An
Förderverein Kindertagesstätte Langsur e.V.
In der Kita Langsur
Mesenicher Str. 59
54308 Langsur

Gläubiger-Identifikationsnummer DE15ZZZ00000842726

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) _____

(wird vom Zahlungsempfänger zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige/n ich / wir **den Förderverein Kindertagesstätte Langsur e.V.**
widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Beträge bei Fälligkeit zu Lasten
meines/ unseres Kontos

IBAN:

BIC Kreditinstitut: _____

durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die auf
mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung
nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
Rücklastschriften gehen zu meinem / unseren Lasten.

Außerdem können Sie innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung
des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten
Bedingungen.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung in Höhe von _____ EUR (mind. 12€/Jahr)
(Fälligkeit zum 15.02. eines jeden Jahres) Sollte der Fälligkeitstermin auf ein Wochenende
oder ein Feiertag fallen, erfolgt die Abbuchung am folgenden Werktag.

Einmalige Zahlung / Spende in Höhe von _____ EUR

Name des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber) _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers