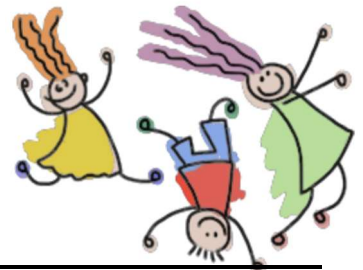


VEREIN ZUR FÖRDERUNG DES EVANGELISCHEN KINDERGARTENS ESBORN e.V.

Buchenstr. 4, 58300 Wetter (Ruhr)

☎ 0 23 35 – 7 14 96

www.kleine-strolche-esborn.de



AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Aufnahme in den Förderverein des Kindergartens „Kleine Strolche Esborn e.V.“ unter Anerkennung der Satzung von 2016.

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Email

Familienmitgliedschaft 19,- € p.a.

Einzelmitgliedschaft 13,- € p.a.

Der Mitgliedsbeitrag wird immer zum 1. März eines jeden Jahres eingezogen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten elektronisch und analog gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden vom Verein zur Förderung des ev. Kindergartens Esborn e.V. nur für Zwecke der Vereinsarbeit (Bestätigung der Mitgliedschaft, Einzug der Mitgliedsbeiträge, Erstellen und Übersendung der Spendenbescheinigung, usw.) genutzt. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten gelöscht.

Datum / Unterschrift

1. Vorsitzender: Patrik Turnell
2. Vorsitzender: Frank Schmidt
Kassierer: Stephan Ostholt

☎ 0162 497 59 57
☎ 0157 353 86 396
☎ 0177 361 60 89

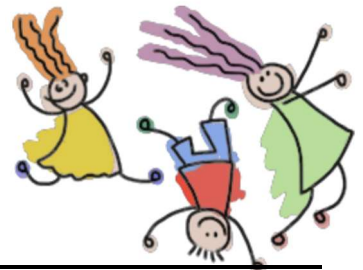
Mail: patrik@turnell.ch
Mail: frank-schmidt@live.de
Mail: stephanostholt@web.de

VEREIN ZUR FÖRDERUNG DES EVANGELISCHEN KINDERGARTENS ESBORN e.V.

Buchenstr. 4, 58300 Wetter (Ruhr)

☎ 0 23 35 – 7 14 96

www.kleine-strolche-esborn.de



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

SEPA-Lastschriftmandat

Verein zur Förderung des evangelischen Kindergarten Esborn e.V.,
Buchenstr.4,
58300 Wetter (Ruhr)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000521658

Mandatsreferenznummer: wird im Begrüßungsschreiben mitgeteilt

Ich ermächtige den Verein zur Förderung des ev. Kindergartens Esborn e.V. den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung des ev. Kindergartens Esborn e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort / Datum / Unterschrift

1. Vorsitzender: Patrik Turnell
2. Vorsitzender: Frank Schmidt
Kassierer: Stephan Ostholt

☎ 0162 497 59 57
☎ 0157 353 86 396
☎ 0177 361 60 89

Mail: patrik@turnell.ch
Mail: frank-schmidt@live.de
Mail: stephanostholt@web.de