

## Verband KiTa-Fachkräfte Rheinland-Pfalz

Liebensteinstr. 4, 56154 Boppard

**Mail:** [info@kitafachkraefteverband-rlp.de](mailto:info@kitafachkraefteverband-rlp.de)

**Website:** [www.kitafachkraefteverband-rlp.de](http://www.kitafachkraefteverband-rlp.de)



## Beitrittserklärung

**Ja, ich will Mitglied im VERBAND KITA-FACHKRÄFTE RHEINLAND-PFALZ „Die Stimme aus der Praxis“ e.V. werden.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(Bitte beachte: Wir kommunizieren in erster Linie per Mail mit dir. Gib daher unbedingt eine E-Mail-Adresse an und achte darauf, dass diese gut lesbar ist.)

Im Berufsfeld KiTa und frühkindliche Bildung bin oder war ich als \_\_\_\_\_ tätig.

Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt **12 € pro Jahr**. Das Kalenderjahr des Beitritts löst die Beitragspflicht für das aktuelle Kalenderjahr aus. Der Beitrag wird jeweils als Jahresbeitrag am 01. April jedes neuen Kalenderjahres fällig. Die Beiträge von Beitritten nach diesem Datum werden am 1. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres abgebucht. Voraussetzung für die Mitgliedschaft im **VERBAND KITA-FACHKRÄFTE RHEINLAND-PFALZ „Die Stimme aus der Praxis“ e.V.** ist die Zustimmung zum SEPA-Lastschriftmandat. Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

# Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

**Wiederkehrende Zahlung**

## Zahlungsempfänger

<p><b>Verband KiTa-Fachkräfte Rheinland-Pfalz „Die Stimme aus der Praxis“ e.V.</b></p> <p>Liebensteinstr. 4 56154 Boppard</p>
---

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den **VERBAND KITA-FACHKRÄFTE RHEINLAND-PFALZ „Die Stimme aus der Praxis“ e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	<b>Verband KiTa-Fachkräfte</b>
------------------------------	--------------------------------

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird im Kalenderjahr des Beitritts, spätestens jedoch zum 1.12., und jährlich zum 01.04. fällig.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:
Name der Bank:

IBAN:	D E																				
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------