

Formular für den Verein

Beitrittserklärung und Aufnahmeformular

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt
zum Kindertagespflege Stormarn e. V., Gänseberg 5, 22926 Ahrensburg**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

Telefon dienstlich: _____

E-Mail: _____

Berufsausbildung _____

Päd. Qualifikation _____

- 1. Grundlage der Mitgliedschaft sind die Vereinssatzung und die Geschäftsordnung.
Ich erkenne die Vereinssatzung und die Geschäftsordnung an.**
- 2. Ich verpflichte mich, an 8 Zeitstunden Fortbildung pro Jahr teilzunehmen.**
- 3. Ich verpflichte mich, im Abstand von 2 Jahren einen Kurs „Erste Hilfe am Kind“
zu besuchen.**
- 4. Ich verpflichte mich, eine Tätigkeitshaftpflichtversicherung über den Verein
abzuschließen.**
- 5. Mitgliedsbeitrag**
 - 5.1. Jahres-/ Halbjahresbeitrag:
Erfolgt Ihre Vereinsmitgliedschaft zum 30.06. oder früher eines jeden Jahres, wird der
Gesamtjahresbeitrag fällig; bei einem Vereinseintritt zum 01.07. oder später eines
jeden Jahres, wird der halbe Jahresbeitrag zzgl. 14,00 € (Beitrag zur
Tätigkeitshaftpflichtversicherung) fällig.

5.2. Beitragshöhe:

Der Jahresbeitrag beträgt ab 01.01.2021 **126,00 €** und setzt sich wie folgt zusammen:
112,00 € Mitgliedsbeitrag zzgl. 14,00 € Beitrag zur Tätigkeits-Haftpflichtversicherung.

5.3. Fälligkeit:

Der Jahresbeitrag wird jährlich zum ersten Werktag im Januar per SEPA-Lastschrift eingezogen (s. Seite 5). Das SEPA-Lastschriftmandat muss dem Kindertagespflege Stormarn e.V. im Original vorliegen.

6. Der Austritt ist zum 31.12. eines jeden Jahres mit 3-monatiger Kündigungsfrist möglich (s. Satzung). Die Kündigung ist per Briefform / Post beim Kindertagespflege Stormarn einzureichen.

7. Meine Anschrift kann an alle Mitglieder und interessierte Eltern sowie an das Amt für Jugend und Familie weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Für Ihre Unterlagen

Beitrittserklärung und Aufnahmeformular

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt
zum Kindertagespflege Stormarn e. V., Gänseberg 5, 22926 Ahrensburg**

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Postleitzahl / Ort: _____
Telefon privat: _____
Telefon mobil: _____
Telefon dienstlich: _____
E-Mail: _____
Berufsausbildung: _____

- 1. Grundlage der Mitgliedschaft sind die Vereinssatzung und die Geschäftsordnung. Ich erkenne die Vereinssatzung und die Geschäftsordnung an.**
- 2. Ich verpflichte mich, an 8 Zeitstunden Fortbildung pro Jahr teilzunehmen.**
- 3. Ich verpflichte mich, im Abstand von 2 Jahren einen Kurs „Erste Hilfe am Kind“ zu besuchen.**
- 4. Ich verpflichte mich, eine Tätigkeitshaftpflichtversicherung über den Verein abzuschließen.**

5. Mitgliedsbeitrag

- 5.1. Jahres-/ Halbjahresbeitrag:**
Erfolgt Ihre Vereinsmitgliedschaft zum 30.06. oder früher eines jeden Jahres, wird der Gesamtjahresbeitrag fällig; bei einem Vereinseintritt zum 01.07. oder später eines jeden Jahres, wird der halbe Jahresbeitrag zzgl. 14,00 € (Beitrag zur Tätigkeitshaftpflichtversicherung) fällig.
- 5.2. Beitragshöhe:**
Der Jahresbeitrag beträgt ab 01.01.2021 **126,00 €** und setzt sich wie folgt zusammen:
112,00 € Mitgliedsbeitrag zzgl. 14,00 € Beitrag zur Tätigkeits-Haftpflichtversicherung.

5.3. Fälligkeit:

Der Jahresbeitrag wird jährlich zum ersten Werktag im Januar per SEPA-Lastschrift eingezogen (s. Seite 5). Das SEPA-Lastschriftmandat muss dem Kindertagespflege Stormarn e.V. im Original vorliegen.

6. Der Austritt ist zum 31.12. eines jeden Jahres mit 3-monatiger Kündigungsfrist möglich (s. Satzung).

7. Meine Anschrift kann an alle Mitglieder und interessierte Eltern sowie an das Amt für Jugend und Familie weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Kindertagespflege Stormarn e. V.
Gänseberg 5
22926 Ahrensburg

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26ZZZ00000662884

Ihre Mandatsreferenznummer: KTP ____ ____ ____ ____
(Wird vom Verein Kindertagespflege Stormarn e. V. ausgefüllt)

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

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtige(r)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Zahlungsart:

Name Kontoinhaber(in): _____

IBAN (20 Stellen):

(siehe Kontoauszug oder Bankkarte)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC (8 oder 11 Stellen):

(siehe Kontoauszug oder Bankkarte)

____ | ____

Ort, Datum

Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers