

WALDORFKINDERGARTEN BENEFELD

IM PARTIATISCHEN WOHLFAHRTS-VERBAND

Waldorfkindergarten Benefeld e.V. Cordinger Str. 35 a, 29699 Bomlitz Tel. 05161/4217, Fax: 05161/949636 E-Mail: waldorfkindergarten-benefeld@t-online.de



Vereinsbeitritt

□ Ja, ich möchte Mitglied werden und unterstütze damit den "Waldorfkindergarten Benefeld e. V.".

Ohne Träger gibt es keinen Kindergarten – unser Träger ist der Verein "Waldorfkindergarten Benefeld e. V.". Neben dem Führen des Kindergartens ermöglicht er Bildung und Erziehung auf der Grundlage der Pädagogik Dr. Rudolf Steiners. Die von den Mitgliedern geleisteten Vereinsbeiträge bilden einen wichtigen Bestandteil der Gesamtfinanzierung.

Aus dem Anliegen heraus, diese Pädagogik zu fördern, erkläre ich hiermit meinen Beitritt zum Verein "Waldorfkindergarten Benefeld e.V."

lame:
nschrift:
-Mail:
intrittsdatum:

Der Waldorfkindergarten Benefeld e. V. ist gemeinnützig. Für Ihre Spenden und Mitgliedsbeiträge erhalten Sie am Jahresende automatisch eine Spendenquittung.

Bitte wenden!

□ Familienmitgliedschaft (stimmberechtigt mit 1 Stimme Unser monatlicher Mitgliedsbeitrag beträgt	e) O	8,00 Euro (regulär)	
	О	Euro (anderer Betrag)	
 Einzelmitgliedschaft (beide Partner sind stimmberechtigt) Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt <u>pro Person</u> 			
	0	8,00 Euro (regulär)	
	0	Euro (anderer Betrag)	
Ich/Wir wünschen den Einzug jährlich / halbjährlich / vierteljährlich /monatlich (nicht zutreffendes bitte streichen)			
O Ein Sepa-Lastschriftmandat liegt dem Kindergar	ten b	pereits vor.	
O Ich erteile dem Waldorfkindergarten Benefeld e. V. ein SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000096570 (Über die Mandatsreferenznummer erhalten Sie eine gesonderte Mitteilung)			
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Waldorfkindergarten Benefeld e. V. Zahlungen von meinem /unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Waldorfkindergarten Benefeld e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.			
Zahlungsart: WIEDERKEHRENDE ZAHLUNG			
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):			
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):			
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl und Ort			
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): D E			
BIC (8 oder 11 Stellen):DE			
Die Vereinssatzung habe ich zur Kenntnis genommen. Kündigungsfrist: 4 Wochen zum Monatsende in Schriftfo	orm		
Ort, Datum Un		 nrift(en)	
□ Ich/Wir benötigen keine Spendenbescheinigung über (ggf. bitte ankreuzen)	die ge	ezahlten Beiträge.	