



Beitritts - Erklärung

Der Jahresbeitrag beträgt: **48,00 €** mit Berufshaftpflichtversicherung
 36,00 € ohne Haftpflichtversicherung

Name: _____ **Vorname:** _____

geb. am: _____ **Tel.:** _____

PLZ/ Ort: _____ **Straße:** _____

Email: _____

Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer: _____

Jede Wohnungsänderung muss unverzüglich mitgeteilt werden.
Eine Mitgliedschaft kann laut Satzung nur mit einer **4 wöchigen** Frist zum Ende des Geschäftsjahres schriftlich per Post enden.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliedschaft an die Fachstellen Kindertagespflege Fulda Stadt /Landkreis zwecks Einladungen zu Fortbildungen u. ä. weitergeleitet wird.

Hiermit erkläre ich _____ mich einverstanden, dass ausgewählte Fotos meiner Person mit Namen für Zwecke der Außendarstellung des Tages-Eltern-Fulda e.V. genutzt werden kann.

Ich wurde aufgeklärt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Hierbei räume ich eine angemessene Aufbrauchfrist für Printwerbeprodukte ein.

**Die Satzung und den Datenschutz des Tages-Eltern-Fulda e.V. erkenne ich an. Diese kann auf der Homepage des TEF e.V. jederzeit eingesehen werden.
Ich verpflichte mich, im Tages-Eltern-Fulda e.V. mitzuwirken.**

Ort/ Datum

Unterschrift Mitgliedschaft

SEPA – Lastschriftverfahren für Ihren Jahresbeitrag

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE27TEF00000091730

Ich ermächtige den Tages-Eltern-Fulda e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Tages-Eltern-Fulda e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinh.) _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

BIC: _____ IBAN:DE _____

Ort/Datum

Unterschrift Einzugsermächtigung