



## Beitritts - Erklärung

Der Jahresbeitrag beträgt:  **50,00 €** 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 Aufbrauchsfrist 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 \_\_\_\_\_