**Tages-Eltern-Fulda e.V.**
Geschäftsstelle:
Kreuzgrundweg 3a
36100 Petersberg
Mo, Fr 9-12 Uhr, Do 15-17 Uhr

Tel. 0661/67920168
info@tages-eltern-fulda.de
www.tages-eltern-fulda.de

# Beitritts - Erklärung

**Der Jahresbeitrag beträgt:** ○ **48,00 €**
○ **63,00 €** mit Berufshaftpflichtversicherung

**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**