

BEITRITTSERKLÄRUNG

LANDESVERBAND
WALD- UND NATURKINDERGÄRTEN
IN BAYERN E. V.



Antrag zur Aufnahme in den Landesverband Wald- und Naturkindergärten in Bayern e.V.

Bitte ausdrucken und per Post oder Fax schicken an:

Landesverband Wald- und Naturkindergärten in Bayern e. V.

Feldstraße 22 a

94121 Salzweg

Fax 0851-851 6642

1. Ordentliches Mitglied

Träger(innen) oder Fördervereine von Wald- und Naturkindergärten

2. Fördermitglied

Initiativen mit dem Ziel, einen Wald- oder Naturkindergarten zu gründen.
Nach einem Jahr Übergangsfrist Umwandlung in ein ordentliches Mitglied.

Antragsteller: (z. B. Name des Vereins / des Trägers / der Privatperson)

PLZ / Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Email: _____

Ansprechpartner: (bei Vereinen/Trägern)

Funktion: _____

PLZ / Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Email: _____

BEITRITTSERKLÄRUNG

LANDESVERBAND
WALD- UND NATURKINDERGÄRTEN
IN BAYERN E. V.



Der Jahresmitgliedsbeitrag von ordentlichen Mitgliedern richtet sich nach der Größe der Einrichtung. Ordentliche Mitglieder daher bitte ausfüllen:

Anzahl der geförderten Betreuungsplätze bei Antragsdatum: _____

Der Antragsteller erkennt die **Satzung** und die **Beitragsordnung** des Landesverbands Wald- und Naturkindergärten in Bayern e.V. an.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Landesverband Wald- und Naturkindergärten in Bayern e.V.

Feldstraße 22a

94121 Salzweg

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE65ZZZ00001043101**

Mandatsreferenz: (wird später vergeben und bekannt gegeben)

Ich/Wir ermächtige(n) den Landesverband Wald- und Naturkindergärten in Bayern e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Landesverband Wald- und Naturkindergärten in Bayern e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger: (Vorname, Name oder Einrichtung)

PLZ / Ort: _____ Straße: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ort, Datum: _____

Unterschrift (Zahlungspflichtiger): _____