

# 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 schicken an:*

Landesverband Wald- und Naturkindergärten in Bayern e. V.

Feldstraße 22 a

94121 Salzweg

Fax: 08509 / 9389202

**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): \_\_\_\_\_