



# MITGLIEDSCHAFT – AUFNAHMEANTRAG EINZELMITGLIEDSCHAFT

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
(wird vom Verein vergeben)

Hiermit beantrage ich/beantragen wir die Aufnahme in den Verein  
„Landesarbeitsgemeinschaft KitaEltern Hessen e.V.“ (VR Frankfurt; VR 16127)  
als **Einzelmitglied\* 12 € /Jahr**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsjahr des jüngsten Kindes: \_\_\_\_\_

*\*nach Vollendung des 14. Lebensjahres automatische Umwandlung in eine Fördermitgliedschaft*

**Ich erkläre, die Satzung des Vereins zur Kenntnis genommen zu haben.**

Datenschutz/Weitergabe von Kontaktinformationen (bitte ankreuzen)

**Ich /wir erklären uns einverstanden:**

- mit der Speicherung, automatischen Verarbeitung und Nutzung der Daten zu Zwecken der Mitgliederverwaltung und -kommunikation (*Pflichtfeld*)
  - mit der Weitergabe der Kontaktdaten innerhalb der Mitglieder des Vereins zur vereinsinternen Kommunikation
  - mit der Weitergabe der Kontaktdaten zur besseren Vernetzung und Austausch an andere Eltern/Elternbeiräte
  - mit der Veröffentlichung von Kontaktdaten (lokale Ansprechpartner zur Öffentlichkeitsarbeit)
- Diese Datenschutz-Erklärung kann jederzeit durch Email / schriftliche Information an den Vorstand widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

## ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):**

Landesarbeitsgemeinschaft KitaEltern Hessen e.V., Südanlage 21c, 35390 Gießen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ00002185250	Mandatsreferenz (wird vom Verein vergeben):
--	---

Ich ermächtige

(A) den Zahlungsempfänger „**Landesarbeitsgemeinschaft KitaEltern Hessen e.V.**“, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

(B) Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „**Landesarbeitsgemeinschaft KitaEltern Hessen e.V.**“ auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: (*bitte ankreuzen*)  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Namen des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen): \_\_\_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen) \_\_\_\_\_

Ort, Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen  
(Kontoinhaber):

Bitte versenden an

LAG KitaEltern Hessen e.V. c/o Manu Odenwaller, Antoniterstraße 18, 63486 Bruchköbel