|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |       | Vorname |       |
| Straße |       | Haus-Nr. |       |
| PLZ |       | Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Geburtsdatum |       |  |  |
| Beginn der Mitgliedschaft       |  |  |
| **Mitgliedsbeitrag** (Bitte eine Möglichkeit ankreuzen)Ich unterstütze den Förderverein mit | [ ]  | dem Mindestbeitrag in Höhe von 12 Euro jährlich  |
|  | [ ]  | 20 Euro jährlich |
|  | [ ]  | Meinem jährlichen Wunschbetrag in Höhe von       Euro |

**Zutreffendes bitte ankreuzen****[ ]** Ich bin damit einverstanden, per E-Mail kontaktiert zu werden (z.B. Einladungen zu Mitgliederversammlungen)
 Änderungen meiner Mailadresse teile ich dem Vorstand unverzüglich mit.

[ ]  Ich kann mir vorstellen, mich in unserem Förderverein aktiv zu engagieren.

[ ]  Bitte übersenden Sie mir eine Kopie der aktuellen Satzung.

Ich bin über die elektronische Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung informiert und stimme dieser zu. Die Bestimmungen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind einsehbar unter [www.foerderverein-awo-kita-theesen.de](http://www.foerderverein-awo-kita-theesen.de). Ich habe jederzeit die Möglichkeit diese Erklärung zu widerrufen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Ich verpflichte mich, den Vorstand über Änderungen der Adress- und Kontodaten unverzüglich zu informieren. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die aktuelle Vereinssatzung sowie die Beitragsordnung des Vereins an.

**SEPA-Lastschrift-Mandat\***

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00001844764 Mandatsreferenz: Jahresbeitrag FV AWO Kita Theesen

Ich ermächtige den Förderverein der AWO Kindertageseinrichtung Theesen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.g. Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kontoinhaber/in Name |       | Vorname |       |
| Straße |       | Haus-Nr. |       |
| PLZ |       | Ort |       |
| IBAN | DE      |

\* Der Einzug des Jahresbeitrages erfolgt grundsätzlich zu Ende Januar. Abweichende Einzugstermine bedürfen der vorherigen Mitteilung.

**Ort, Datum Unterschrift Unterschrift Kontoinhaber/in**

(falls abweichend)

Bitte reichen Sie Ihren Antrag in der Geschäftsstelle des Fördervereins der AWO Kindertageseinrichtung Theesen e.V.
Gaudigstraße 5, 33739 Bielefeld-Theesen ein. Konto: Sparkasse Bielefeld, IBAN: DE47 4805 0161 0030 3595 66