



Mitgliedschaft im Verein – Aufnahmeantrag

Ich/Wir beantragen hiermit die Mitgliedschaft im Verein Waldkindergarten Hasenköhl e.V.

Name

Vorname(n)

Anschrift

.....

.....

Telefon

Familienmitgliedschaft jährlich 52,00 €

(Bestmögliche Unterstützung für den Verein)

Einzelmitgliedschaft jährlich 32,00 €

Fördermitgliedschaft jährlich 15,00 €

(Passives Mitglied, daher kein Stimmrecht an der jährlichen Mitgliederversammlung)

.....
Ort, Datum Unterschrift

Wir sind wegen Förderung gemeinnütziger Zwecke im Bereich Erziehung und Bildung nach dem letzten uns zugegangenen Freistellungsbescheid des Finanzamts Schorndorf, StNr. 82005/18155 vom 11.07.2012 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG von der Körperschaftssteuer und nach §3 Nr.6 des Gewerbesteuergesetzes von der Gewerbesteuer befreit. Es wird bestätigt, dass die Zuwendung nur zur Förderung gemeinnütziger Zwecke im Bereich Erziehung und Bildung verwendet wird.

Die Mitgliedschaft kann 3 Monate vor Ablauf des Geschäftsjahres schriftlich gekündigt werden.

Die Satzung kann unter www.waldkindergarten-hasenkoehl.de eingesehen werden.



Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschrift-Mandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

für die Mitgliedsbeiträge von (Familie, Name)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Waldkindergarten Hasenköhl e.V., Lorcher Straße 4, 73553 Alfdorf-Pfahlbronn

| | |
|---|--|
| Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00001033683 | Mandatsreferenz: (MB - Vorname(n) - Nachname der Einzugsermächtigung zum Mitgliedsbeitrag) MB- |
|---|--|

Ich/Wir ermächtige(n) den Waldkindergarten Hasenköhl e.V. wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Waldkindergarten Hasenköhl e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird immer zum 15. Januar jeden Jahres einbezogen. Sollte der 15. kein Banktag sein, erfolgt der Einzug zum nächsten darauf folgenden Banktag. Je nach Eintrittstermin wird der erste fällige Beitrag individuell eingezogen.

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

| | |
|---|------------------|
| Name des Kreditinstituts des Kontoinhabers | |
| IBAN: DE__ ____ ____ ____ ____ ____ | BIC: ____ ____ |

| | |
|---|---|
| Kontoinhaber (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | Zahlungspflichtiger (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber! |
|---|---|

| | |
|------------|--------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift des Kontoinhabers |
|------------|--------------------------------|