

Beitrittserklärung

Mitgl.- Nummer
ID- Nummer

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern e.V.

--	--

Name

Vorname

--	--	--	--

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon

--

E-Mail-Adresse

--	--

Geburtsdatum

Beruf

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ | <input type="checkbox"/> Dauerpflegestelle | <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle mit bis zu 3 Kindern |
| | <input type="checkbox"/> Kurzpflegestelle | <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle mit 5 Kindern |
| | <input type="checkbox"/> Bereitschaftspflegestelle | <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle im Verbund mit 8 Kindern |
| | | <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle im Verbund mit 10 Kindern |

Ich betreue Kinder mit einem erweiterten Förderbedarf

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ | <input type="checkbox"/> seelisch | <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> geistig | behinderte Kinder |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------|

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr

37,-- € für Mitglieder, die ausschließlich Tagespflege leisten oder keine Pflegeeltern sind,

70,-- € für Mitglieder, die Formen der Vollzeitpflege leisten (in diesem Betrag sind die Umlagen für den Bundes- und den Landesverband der Pflege- und Adoptiveltern enthalten)

und ist im 1. Quartal eines jeden Kalenderjahres fällig.

(Beitragsordnung in der Fassung des Beschlusses der Mitgliederversammlung vom 13.5.2004)

Meinen Austritt muss ich dem Vorstand gegenüber schriftlich erklären. Er ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zulässig. Die zur Zeit gültige Satzung ist mir bekannt.

--	--

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass die Beiträge (Mitgliedsbeitrag und ggf. Versicherungsprämien) jeweils bei Fälligkeit bis auf weiteres von meinem Konto abgebucht werden. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

--	--

Name der **Kontoinhaberin** / des **Kontoinhabers**

Vorname

--	--	--

Kontonummer

BLZ

Name der Bank

--	--

Datum

Unterschrift der **Kontoinhaberin** / des **Kontoinhabers**