

Beitrittserklärung

ID-
Nummer

Mitglieds-
Nummer



(Wird vom Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern e.V. eingetragen)

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

Name		Vorname	
Privatadresse: Straße		Postleitzahl	Ort
Telefon		Geburtsdatum	
E-Mail-Adresse			

Ich habe eine Dauerpflegestelle Kindertagespflegestelle mit bis zu 3 Kindern
 Kurzpflegestelle Kindertagespflegestelle mit 5 Kindern
 Bereitschaftspflegestelle Kindertagespflegestelle im Verbund mit 8 Kindern
 Kindertagespflegestelle im Verbund mit 10 Kindern

Ich betreue Kinder mit einem erweiterten Förderbedarf
 seelisch körperlich geistig behinderte Kinder

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr	
für Mitglieder, die ausschließlich Kindertagespflege leisten oder keine Pflegeeltern sind,	46,00 €
für Mitglieder, die Formen der Vollzeitpflege leisten (in diesem Betrag sind die Umlagen für den PFAD Bundes- und Landesverband der Pflege- und Adoptiveltern enthalten)	81,00 €

und ist im 1. Quartal eines jeden Kalenderjahres fällig (Beitragsordnung vom 14.6.2017 gültig ab 01.01.2018).

Ich stimme der EDV-gestützten Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten zur Mitgliederbetreuung zu. Bei Pflegeeltern werden Name, Anschrift und E-Mail-Adresse an den PFAD-Landesverband und den Verlag der Fachzeitschrift PFAD übermittelt. Ihre Daten werden nicht an andere Dritte weitergegeben.

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 zurzeit gültige Satzung ist mir bekannt.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38 ZZZ 0000 0498 350
Die Mandatsreferenz wird Ihnen mit der Aufnahmebestätigung mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern e.V., die Beiträge (Mitgliedsbeitrag und ggf. Versicherungsprämien) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern e.V. 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. Dieses Mandat kann ich jederzeit widerrufen.

Name Kontoinhaber Vorname

IBAN DE _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ BIC _ _ _ _ _ | _ _ _ _

Name des Kreditinstituts

Dieses SEPA Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarungen mit dem oben genannten Mitglied.

Datum, Ort

Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers