

Beitrittserklärung

ID-
Nummer

Mitgl.-
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	
------	--	---------	--

Straße		Postleitzahl	Ort	Telefon
--------	--	--------------	-----	---------

E-Mail-Adresse	
----------------	--

Geburtsdatum	Beruf
--------------	-------

Ich habe eine <input checked="" type="checkbox"/> ⇨	<input type="checkbox"/> Dauerpflegestelle <input type="checkbox"/> Kurzpflegestelle <input type="checkbox"/> Bereitschaftspflegestelle	<input type="checkbox"/> Tagespflegestelle mit bis zu 3 Kindern <input type="checkbox"/> Tagespflegestelle mit 5 Kindern <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	
für Mitglieder, die ausschließlich Tagespflege leisten oder keine Pflegeeltern sind,	40,00 €
für Mitglieder, die Formen der Vollzeitpflege leisten (in diesem Betrag sind die Umlagen für den PFAD Bundes- und Landesverband der Pflege- und Adoptiveltern enthalten)	75,00 €

und ist im 1. Quartal eines jeden Kalenderjahres fällig (Beitragsordnung vom 29.5.2013 gültig ab 01.01.2014).

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
-------	--------------

Ihre Daten werden EDV-gestützt verarbeitet. Bei Pflegeeltern werden Name und Anschrift an den PFAD-Landesverband und den Verlag der Fachzeitschrift PFAD übermittelt. Ihre Daten werden nicht an andere Dritte weitergegeben.

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