

Verein der Eltern und Förderer des Ev. Familienzentrum „Rabennest“ e.V.

Machen Sie mit! Werden Sie Mitglied! Gestalten Sie die Zukunft für Ihre Kinder!

Unsere Ziele:

Der Förderverein macht es sich zur Aufgabe, die Erziehung- und Bildungsarbeit materiell und ideell zu unterstützen, ohne den Träger von seiner Verpflichtung zu entbinden. Unser Ziel ist es, an Veranstaltungen des Kindergartens mitzuwirken, eigene Projekte zu planen und durchzuführen. Wir möchten den Förderverein einer interessierten Öffentlichkeit präsentieren, ihn mit Ideen und Leben füllen. Insbesondere werden Anschaffungen von Spiel- und Beschäftigungsmaterialien und Weiterentwicklungsmaßnahmen gefördert. Ein wesentliches Ziel ist die Mitgliederwerbung. Wir möchten, dass auch Sie Mitglied werden in unserem Verein.

Wer kann helfen?

Eltern, Großeltern, Verwandte, Freunde, Bekannte, Unternehmer Förderer...

Wie können Sie die Kinder unterstützen?

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 1,50 € im Monat pro Person; für Ehepaare, die gemeinsam Mitglied werden 1,00 € im Monat pro Person. Das SEPA-Lastschriftmandat ist für alle, die ohne zusätzliche Kosten oder Papierkram spenden möchten beigefügt.

Die Spenden sind steuerlich voll abzugsfähig.

Wir bedanken uns jetzt schon für Ihre Unterstützung.

Beitrittserklärung

Name, Vorname: _____ Mail: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Jahresbeitrag: 18,00 Euro (Einzelperson)

24,00 Euro (Ehepaare)

zzgl. persönlicher Spende _____ Euro

Gesamtbetrag _____ Euro

Die Vereinssatzung liegt in der Mitgliederversammlung aus oder kann bei den Vorsitzenden eingesehen oder ausgehändigt werden.

Ort Datum Unterschrift(en)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Name des Zahlungsempfängers:

Verein der Eltern und Förderer des Ev. Familienzentrum „Rabennest“ e. V.
Am Freibad16 - 57250 Netphen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42FRN00000501285

Name und Anschrift des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Bankverbindung des / der Zahlungspflichtigen:

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich ermächtige (*Wir ermächtigen*) den Verein der Eltern und Förderer des Ev. Familienzentrum „Rabennest“ e. V., Zahlungen von meinem (*unserem*) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (*weisen wir unser*) Kreditinstitut an, die von dem Verein der Eltern und Förderer des Ev. Familienzentrum „Rabennest“ e. V. auf mein (*unser*) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Ort Datum Unterschrift(en)