

Förderverein der Kindertagesstätte  
"Amos Comenius" e.V.  
Voßstr. 12  
06110 Halle (Saale)

E-Mail: fvamoscomenius@aol.de



### Mitgliedsaufnahmeantrag

|  |  |
|--|--|
| Name, Vorname/n:                                     |  |
| Straße, Hausnummer:                                  |  |
| PLZ, Ort:  |  |
| Telefon: (freiwillige Angabe)                        |  |
| E-Mail: (freiwillige Angabe)                         |  |
| Vorname des/r Kindes/Kinder:<br>(freiwillige Angabe) |  |
| Kindergartengruppe/n:<br>(freiwillige Angabe)        |  |

Ich/Wir möchte/möchten Mitglied/Mitglieder im Förderverein der Kindertagesstätte  
"Amos Comenius" e.V. werden.

Die Satzung des Vereins erhalte/n ich/wir per E-Mail. Sollte keine Mailadresse angegeben werden, dann  
erhalte/n ich/wir die Satzung des Vereins in Papierform.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die beiliegenden Informationen zur Datenerhebung zur Kenntnis genommen habe. Gleichzeitig erteile ich damit die Einwilligung zur Verarbeitung der mit "freiwillige Angabe" bezeichneten Daten, sofern ich dort Angaben vorgenommen habe. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.**

---

Ort, Datum

Unterschrift/en



# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Förderverein der Kindertagesstätte "Amos Comenius" e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Voßstraße 12

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

06110 Halle (Saale)

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE15ZZZ00000232014

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:** Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**