

Beitrittserklärung

Vor-/Nachname _____

Straße und
Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Beitrag und SEPA- Lastschriftmandat

Ich zahle folgenden Mitgliedsbeitrag

7,00 € pro Jahr

..... € pro Jahr

Gläubigeridentifikationsnummer:

DE42 ZZZ0 0000 5375 63

Mandatsreferenznummer: Ihre zukünftige

Mitgliedsnummer

Wir über uns

Aus der Diskussion um die Zukunft des
Kindergartens gründeten interessierte
Menschen 2006 den Förderverein.
Wir sind als gemeinnütziger Förderverein
anerkannt und finanzieren uns allein durch
Mitgliedsbeiträge, Spenden und
eigene Veranstaltungen.

Das wurde erreicht:

- Unterstützung bei der Neugestaltung
der großen Außenspielanlage
- Anschaffung einer neuen Küche
- Errichtung eines neuen
Gartenspielhauses
- Spielgeräte wie Kinderküche,
Werkbank, Magnetkugelbahn, Tast-
und Fühlwand, Bauklotzwagen, ...
- Ausflüge zum Tierpark und ins Theater
gemeinsam mit der Grundschule
- Clowns und Künstler traten bei KiTa-
Festen auf
- Klettergerüst mit Netz, Leiter &
Boulderwand

Liebe Eltern, Angehörige und Freunde der
Kinder,

***wir brauchen Sie!
Unterstützen Sie unsere
Arbeit!***

- Bitte werden Sie Mitglied für einen
Mindestjahresbeitrag von **7 Euro**
- Gerne können Sie uns auch ohne
Mitgliedschaft jederzeit mit einer
Spende helfen

**FÖRDERVEREIN?
EHRENSACHE!**

Stempel bzw. Adressfeld

Bankverbindung:
Kreissparkasse Weilburg
IBAN DE59 5115 1919 0141 2241 96

Förderverein der Kindertagesstätte St. Michael, Arfurt



www.kiga-arfurt.de
Rubrik Förderverein

Unsere Ziele:

- Anschaffung zusätzlicher Spielgeräte und Materialien sowie notwendiges Mobiliar
- Ausflüge ermöglichen

Dafür arbeiten wir zusammen

- mit den kirchlichen Trägern
- mit der Kindergartenleitung
- mit kommunalen Körperschaften, Verbänden, Organisationen



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein der kath. Kindertagesstätte St. Michael Arfurt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der kath. Kindertagesstätte St. Michael Arfurt auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor-/Nachname _____

Straße und
Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum und Unterschrift