



## Beitrittserklärung

---

Ich / Wir erkläre(n) hiermit den Beitritt zum Verein Krabbelstube Kuschelnest Koblenz (Parkstraße 9, 56075 Koblenz).

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Wohnort:

---

Datum des Vereinseintritts:

*(unabhängig von Betreuung des Kindes)*

---

Art der Mitgliedschaft:

*(zutreffendes bitte ankreuzen)*

Familienmitgliedschaft (mind. 5€ mtl.)

Einzelmitglied (Alleinerziehende)  
(mind. 2,50€ mtl.)

Mitgliedsbeitrag:

*(zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)*

Wunschbetrag:

Mindestbeitrag

Die Mitgliedschaft kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zu jedem Quartalsende gekündigt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# **Einzugsermächtigung**

Ich / Wir ermächtige(n) den Verein Krabbelstube Kuschelnest Koblenz, meinen / unseren Mitgliedsbeitrag jährlich von folgendem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift