



Mitgliedsantrag

- Ich / wir beantrage/n die (Familien-)Mitgliedschaft im
PFAD für Kinder - Pflege- und Adoptivfamilien - Landesverband Hessen e.V.

Wir empfehlen, mit denselben Leistungen, aber mit der Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs in Gruppen, die Mitgliedschaft in einer der nachfolgend aufgeführten Ortsvereine oder Gruppen.

Mitgliedsvereine und -gruppen:

- PFAD-Darmstadt-Dieburg • PFAD-Fulda e.V. • PFAD-Gießen e.V. • PFAD-Hochtaunuskreis e.V.
- PFAD-Main-Taunus-Kreis • PFAD-Schwalm-Eder-Kreis e.V. • PFAD-WMK-Kassel e.V.
- PFAD-Pustoblume (RTK) e.V. • Wundertüte e.V. (Offenbach)

Mitgliedschaft:

Vorname Name: _____

Vorname Name (Partner): _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

- Mit der Weitergabe der Adresse an interessierte Eltern und Gruppen zur Kontaktaufnahme bin ich / sind wir einverstanden.

Wir sind eine:

- Pflegefamilie Adoptivfamilie Bewerberfamilie/Pflege Bewerberfamilie/Adoption

Mitgliedsbeitrag:

Der Mitgliedsbeitrag im Landesverband beträgt 54,00 €/Jahr und ist jeweils zum 01.03. eines jeden Jahres fällig.

Die Zahlung erfolgt durch:

- Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats
- Überweisung

Die Mitgliedsbeiträge der Ortsvereine können variieren.

Der Verein ist gemeinnützig und der Beitrag steuerlich abzugsfähig.

Im Jahresbeitrag ist der Bezug der Fachzeitschrift KomJu – Kompetenz in der Jugendhilfe enthalten.

Datum, Ort und Unterschrift: _____



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats zum Mitgliedsantrag PFAD –Landesverband Hessen (Wiederkehrende Zahlungen)

Mitgliedsbeitrag Fälligkeit: jeweils zum 1.März eines jeden Jahres

Vorname und Name (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE66ZZZ00000693883

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt!

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom PFAD-Landesverband Hessen auf mein 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.

Kreditinstitut	BIC
----------------	-----

IBAN					
DE ___	----	----	----	----	---

Datum, Ort und Unterschrift: _____