

# Aufnahmeantrag / Förderbeitrag



- Ja, ich/wir möchte(n) Mitglied im Montessori-Förderverein Meitingen e.V. werden.  
Der Mitgliedsbeitrag beträgt für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres für die 1. Person 25,56 € und für jedes weitere Familienmitglied 15,34 € pro Jahr.
- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Beitrag von dem unten genannten Konto jährlich eingezogen wird. Mir/uns ist bekannt, dass der abgebuchte Beitrag innerhalb von 6 Wochen zurückgerufen werden kann.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

**Familienmitglieder über 18 Jahre:**  
(Personen, die Mitglied im Verein werden sollen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

**Familienmitglieder unter 18 Jahre:**  
(Kinder unter 18 Jahren sind beitragsfreie Mitglieder)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

## **Adresse**

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

## **Bankverbindung:**

Name der Bank: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber  
(falls nicht Antragsteller)