

**Mitgliedschaft im KiB e.V.**

Der KiB e. V. wurde von Eltern gegründet und ist bis heute ein gemeinnütziger Elternverein. Der Verein ist weltanschaulich unabhängig.

Für gute Qualität in Kindertageseinrichtungen, Ganztagschulen und Schulkindgruppen setzt sich der KiB ein. Der KiB unterstützt die eigenen Kitas und engagiert sich für gute Rahmenbedingungen in der Stadt Oldenburg und in Niedersachsen.

Er verfolgt das Ziel einer kinder- und familienfreundlichen Gesellschaft. Dafür steht der KiB mit seinem Leitbild (<https://www.kib-ol.de/wir-ueber-uns/unser-leitbild.html>).

Im Aufsichtsrat und in der Mitgliederversammlung treffen Eltern die Entscheidungen des KiB mit.

Für eine erfolgreiche Arbeit ist der KiB auf seine Mitglieder angewiesen. Daher bitten wir Sie Mitglied im KiB zu werden.

Wir freuen uns auf Sie.

Vielen Dank!

**Mitgliedschaftserklärung:**

**Mitgliedsnummer:**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**oder Verein/Initiative:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_

1. Ich/unser Verein/unsere Initiative (s.o.) werde/wird Mitglied im Kindertagesstätten- & Beratungs-Verband e. V. (KiB).
2. Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit 6,00 € pro Haushalt und wird monatlich von meinem/ unserem Konto per Lastschrift eingezogen.
3. Mir ist bekannt, dass die Kündigungsfrist für die Mitgliedschaft 3 Monate zum Monatsende beträgt. Ich möchte meine Mitgliedschaft von vornherein bis zum \_\_\_\_\_ befristen.

Die KiB-Beitragsordnung und die KiB-Satzung sind auf der Internetseite des KiB ([www.kib-ol.de](http://www.kib-ol.de)) veröffentlicht.

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den KiB e.V. die zu zahlenden Mitglieds-Beträge bei Fälligkeit von meinem/ unserem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom KiB e.V. 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.

**IBAN:**

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_ **Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_