

Mitgliedsantrag



Wir freuen uns, dass Sie sich dazu entschieden haben, dem **Aktionsbündnis Kinder mit Behinderungen in Pflegefamilien e.V.**, folgend **KimBiP e.V.** benannt, beizutreten.

Dazu benötigen wir bitte noch folgende Angaben.

Der Mitgliedsbeitrag von 200,- € für Institutionen und 40,- € für Privatpersonen wird je Kalenderjahr in Rechnung gestellt. Erstmalig nach Eingang Ihrer Daten.

PERSONENDATEN

Beitritt als Institution

Institution:

AnprechpartnerIn:

Straße:

Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Homepage: Ich möchte zusätzlich auf der Seite „Fachdienste“ aufgeführt werden

Ja

Nein

Beitritt als Privatperson

Name:

Vorname:

Straße:

Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem *KimBiP e.V.* bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem *KimBiP e.V.* keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristeinhaltung gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand von *KimBiP e.V.* behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum, Unterschrift