

Kindertagesstätten- & Beratungs-Verband e. V.

Nettelbeckstr. 22, 26131 Oldenburg, Tel.: 0441-350 76-0, Fax: 0441-350 76-11



Der KiB e. V.

1978 wurde der heutige KiB e. V. von Eltern gegründet und ist bis heute ein gemeinnützig anerkannter Elternverein. Der Verein ist weltanschaulich unabhängig.

Für gute Qualität in Krippen, Kindergärten, Horten, Ganztagschulen und weitere Angeboten für Kinder im Grundschulalter setzt sich der KiB ein. Als Verein und freier Träger der Jugendhilfe unterstützt er die eigenen Kitas und engagiert sich für gute Rahmenbedingungen in der Stadt Oldenburg und in Niedersachsen.

Der KiB verfolgt das Ziel einer kinder- und familienfreundlichen Gesellschaft. Er setzt sich für bedarfsge- rechte Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein. Alle Kinder sollen gleichberechtigt Zugang zu guten Bildungsangeboten erhalten und ohne Benachteiligung in Wohlergehen aufwachsen. Dafür steht der KiB mit seinem Leitbild (<https://www.kib-ol.de/wir-ueber-uns/unsere-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:

Name:

Vorname:

Anschrift:

PLZ/Ort:

Eintrittsdatum:

1. Ich (s.o.) werde 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.

Die KiB-Beitragsordnung und die KiB-Satzung sind auf der Internetseite des KiB (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:
