

Lassen Sie uns gemeinsam etwas bewegen – werden Sie Mitglied

Hiermit trete ich/treten wir dem Verein Kirua Kinderhospital Hilfe e.V. bei.

Gewünschter Mitgliedsbeitrag pro Jahr:

25 € 50 € 100 € € (mind. 25,00 €)

Ich benötige eine Spendenquittung (ab 200,00 €)

Name:

Straße/Nr.:

PLZ/Wohnort:

Tel.:

E-Mail:

Ort/Datum/Unterschrift:

Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur für Vereinszwecke gespeichert.
Eine schriftliche Kündigung ist jederzeit möglich und endet zum Jahresende.
Während des laufenden Jahres beendete Mitgliedschaften werden nicht anteilig verrechnet.

Ich/Wir akzeptieren die Satzung vom 23.09.19 und die
Datenschutzbestimmungen des Vereins.

Bitte informieren Sie mich per eMail über Mitgliederversammlungen und
Neuigkeiten zum Projekt.

Sepa-Lastschriftmandat:

(Vereinsregisternr. 41582 / Amtsgericht Wittlich)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE24ZZZ00002443937

Hiermit ermächtige ich/wir den Verein (jederzeit widerruflich) einmal im Jahr
zur Abbuchung des Mitgliederbeitrags von folgendem Konto:

IBAN:

BIC:

Ort/Datum/Unterschrift:
