

# 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:

---