

Lassen Sie uns gemeinsam etwas bewegen – werden Sie Mitglied

Hiermit möchte ich dem Verein Kirua Kinderhospital Hilfe e.V. beitreten.
(VR Amtsgericht Wittlich Nr. 41582)

Gewünschter Mitgliedsbeitrag (min 25,00 Euro/Jahr)

(bitte deutlich in Blockbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel: _____

E-Mail: _____

Gewünschtes Beitrittsjahr: _____ Der volle Jahresbeitrag wird ab dem Eintrittsjahr erhoben.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur für Vereinszwecke gespeichert, solange Sie Mitglied des Vereins sind.

Eine schriftliche Kündigung ist jederzeit möglich und die Mitgliedschaft endet mit sofortiger Wirkung. Bereits gezahlte Mitgliedsbeiträge werden nicht zurückerstattet.

Interne Mitteilungen (z.B. Einladungen zu unseren Versammlungen) werden per E-Mail zugestellt.

Ich werde den Mitgliedbeitrag jeweils zu Jahresbeginn überweisen

oder per Einzug von meinem Konto abbuchen lassen

Sepa-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00002443937

Hiermit ermächtige ich den o.g. Verein (jederzeit widerruflich) einmal pro Jahr zur Abbuchung des Mitgliedsbeitrags von folgendem Konto:

IBAN: _____

BIC: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die o.g. Beitragsregelungen, die Datenschutzbestimmungen (siehe Homepage) und die Vereinssatzung (siehe Homepage) an.

Homepage: www.kirua-hospital-hilfe.de