

# 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 in Blockbuchstaben ausfüllen)**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Beitrittsjahr: \_\_\_\_\_ Der volle Jahresbeitrag wird ab diesem Jahr 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 möchte den Newsletter abonnieren (enthält u.a. Neuigkeiten zu unseren Projekten)

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