

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: _____

Telefon mobil.: _____

E-Mail: _____

Gewünschtes Beitrittsjahr (falls nicht sofort): _____

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. Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung bereits gezahlter Mitgliedsbeiträge.

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