

An den Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.
Darmstädter Landstraße 213
60598 Frankfurt am Main



Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich /wir meinen /unseren Beitritt zum Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e. V. als

- förderndes Mitglied (Familie/Einzelperson: 50,- Euro pro Jahr)
- fördernde Organisation (Klinik/Nachsorgeeinrichtung/Beratungsstelle o.Ä.: 80,- Euro pro Jahr)
- Firmenmitglied (500,- Euro pro Jahr)
- ordentliches Mitglied (Elterninitiativen: 60,- Euro pro Jahr)

.....
Elterninitiative/Firma/Institution

.....
Name/Ansprechpartner

.....
Anschrift

.....
Tel./Fax

.....
E-Mail

.....
Ort, Datum,

.....
Unterschrift

Um unseren Kostenaufwand für Mitgliederverwaltung möglichst gering zu halten, möchten wir Sie um Einreichung eines SEPA-Lastschriftmandates bitten. Dieses finden Sie entweder beigelegt oder auf unserer Homepage zum Download.

Das Mandat kann von Ihnen jederzeit rückgängig gemacht werden. Die Mitgliedsbeiträge werden von uns jeweils jährlich im Monat des Beitritts eingezogen. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig über Änderungen Ihrer Bankverbindung, Bankgebühren aufgrund diesbezüglicher Nichteinlösung wären von Ihnen zu tragen.

- Zum Einzug des Jahresbeitrags wird beigelegtes SEPA-Lastschriftmandat erteilt
- Ich/Wir erbitten die Zahlung des Jahresbeitrages per Rechnung

Schriftliche Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die hier erhobenen Angaben zur Mitgliedsverwaltung vom BVDfK gespeichert und genutzt werden dürfen. Meine Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

An den Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.
Darmstädter Landstraße 213
60598 Frankfurt am Main



Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00000433901

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den BV „Das frühgeborene Kind“ e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem BV „Das frühgeborene Kind“ e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend ab dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Vor- und Zuname

.....
Anschrift

Kontoverbindung:

.....
IBAN

.....
Kreditinstitut (Name und SWIFT BIC)

.....
Kontoinhaber (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen, bitte vollständige Adresse angeben)

.....
Ort, Datum, Unterschrift