

Beitrittserklärung

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

- förderndes Mitglied (Familie/Privatperson: 50,- Euro pro Jahr)

.....
Vorname, Nachname

.....
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort)

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

-
- 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

.....
Ansprechpartner (Vorname, Nachname)

.....
Anschrift für Korrespondenz/ Lieferungen bestellter Publikationen (Empfänger, Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort)

.....
Rechnungsanschrift, falls abweichend von Lieferanschrift (Empfänger, Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort)

.....
Tel./Fax

.....
E-Mail

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Zur Entrichtung des jährlichen Mitgliedsbeitrages ist die Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats erforderlich. Dieses finden Sie entweder beigefügt 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 von Nichteinlösung sind von Ihnen zu tragen.

- Zum Einzug des Jahresbeitrags wird beigefügtes SEPA-Lastschriftmandat erteilt
 Ich/Wir erbitten die Zahlung des Jahresbeitrages per Rechnung (nur für Kliniken/öffentliche Institutionen)

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



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00000433901

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 Nachname

.....
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort)

Kontoverbindung:

.....
IBAN

.....
Kreditinstitut (Name und BIC)

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

.....
Ort, Datum, Unterschrift