

Beitrittserklärung

Rückenwind e.V.



Rückenwind

Pflegende Mütter
behinderter Kinder stärken!

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft

als aktives Mitglied

Fördermitglied

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Ort, Straße

Telefon

Email

freiwillige Angaben - Funktion, Beruf

Die Satzung und die Betragsmodalitäten sind mir bekannt.

Ich bin mit der Speicherung und elektronischer Verarbeitung meiner Daten – im Rahmen der Datenschutzrechtlichen Bestimmungen – zum Zweck der internen Mitgliederverwaltung einverstanden.

Ort / Datum Unterschrift

Den Jahresbeitrag von _____ € (mindestens € 40)

bezahle ich per **SEPA-Lastschriftmandat**.

Mitglieder und Fördermitglieder können gerne einen höheren Betrag wählen.

Gläubiger-Identifikationsnummer **noch nicht bekannt** (wird mit Bestätigungsschreiben mitgeteilt)

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird mit Bestätigungsschreiben mitgeteilt)

Ich ermächtige Rückenwind e.V. den Jahresmitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Rückenwind e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten.

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____

Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Mitglied) _____

Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Rückenwind e.V. Pflegende Mütter behinderter Kinder stärken!

c/o Ursula Hofmann, Urbanstr. 172 , 73730 Esslingen

info@rueckenwind-es.de

www.rueckenwind-es.de