

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

E- Mail

Die Satzung und die Beitragsmodalitäten sind mir bekannt.
Ich bin mit der Speicherung und der elektronischen Verarbeitung meiner Daten, im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, zum Zweck der internen Mitgliederverwaltung einverstanden.
Die erteilte Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Die aktuelle Datenschutzerklärung ist auf der Rückenwind Homepage zu finden.

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: DE75ZZZ00001796999

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 Bestimmungen.

Name des Kreditinstituts: _____

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

BIC: _____

Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Mitglied) _____

Ort / 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