

## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in den Verein Ambulanter Kinderhospizdienst Kuckucksnest e.V.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon / mobil \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Für die Mitgliedschaft gilt die Satzung des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

### **Mitgliedsbeitrag:**

Der Jahresbeitrag beträgt: **12 €** (Stand 2017)

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin (bei Jugendlichen unter 18 Jahren der gesetzliche Vertreter/die gesetzliche Vertreterin)

IBAN: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Einzugsermächtigung: Hiermit erteile ich dem Ambulanten Kinderhospizdienst Kuckucksnest e.V. bis auf Widerruf die Genehmigung, den Mitgliedsbeitrag jährlich zum 1.12. oder dem darauffolgenden Werktag von meinem oben angegebenen Konto einzuziehen.

X

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_