

Lassen Sie uns gemeinsam etwas bewegen – werden Sie Mitglied

Hiermit möchte/n ich/wir dem Verein Kirua Kinderhospital Hilfe e.V. beitreten.
(VR Amtsgericht Wittlich Nr. 41582)

Gewünschter Mitgliedsbeitrag (min 25,00 Euro)

Ich benötige eine Spendenquittung

(bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel: _____

E-Mail: _____

Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur für Vereinszwecke gespeichert, solange Sie Mitglied des Vereins sind.

Eine schriftliche Kündigung ist jederzeit möglich und die Mitgliedschaft endet am Jahresende. Während des laufenden Jahres beendete Mitgliedschaften werden nicht anteilig verrechnet.

Ich/wir akzeptiere/n die Vereinssatzung (siehe Downloads)

Ich/wir akzeptiere/n die Datenschutzbestimmungen (siehe Impressum)

Vereinsmitteilungen werden Ihnen per E-Mail zugestellt.

Ich werde den Mitgliedbeitrag jeweils zu Jahresbeginn überweisen

oder per Einzug von meinem Konto

Sepa-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00002443937

Hiermit ermächtige/n ich/wir den o.g. Verein (jederzeit widerruflich) einmal pro Jahr zur Abbuchung des Mitgliedsbeitrags von folgendem Konto:

IBAN: _____

BIC: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____