

ANMELDUNG zur MITGLIEDSCHAFT

bei der Deutschen Stiftung Atlas Kinder e.V.

EINZELMITGLIEDSCHAFT

oder:

PARTNER-MITGLIEDSCHAFT

Jahresbeitrag 100,00 €

Jahresbeitrag 150,00 €

1. MITGLIED

Vorname: _____
Name: _____
Geb. Datum: _____
E-Mail: _____
Telefon/Mobil: _____
Straße Hs.Nr.: _____
PLZ, Ort: _____

2. MITGLIED

(Angaben, falls abweichend)

Vorname: _____
Name: _____
Geb. Datum: _____
E-Mail: _____
Telefon/Mobil: _____
Straße Hs.Nr.: _____
PLZ, Ort: _____

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Tel./Mobil-Nr., E-Mail-Adresse. Mit meiner Unterschrift auf dem Antrag erkläre ich mich einverstanden.
Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Datum: _____
Unterschrift: _____

Datum: _____
Unterschrift: _____

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Deutsche Stiftung Atlas Kinder e.V.
Isarstraße 3 - D-82065 Baierbrunn

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE32ZZZ00000899262
Mandatsreferenz: (wird Ihnen mitgeteilt)

Ich ermächtige o.g. Stiftung Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dieser Stiftung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
HINWEIS: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____
IBAN: DE ___ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Datum, Ort: _____

Kreditinstitut Name: _____
Kreditinstitut Ort: _____
Unterschrift: _____

Bitte senden Sie mir einen Spendenbeleg zu:

Ja, bitte!

Nein, Danke!