Beitrittserklärung/Aufnahmeantrag

Katholischer Verein
für Ambulante Krankenpflege
zu Gersthofen e. V.

Hiermit beantrage ich (Daten des Antragstellers)

☐ **Herr** ☐ **Frau** ☐ **keine Angabe** **Titel** (falls vorhanden) _____ **Geburtsdatum** _____

Vorname _____ **Nachname** _____

Straße, Nr. _____ , _____ **PLZ, Ort** _____ , _____

Telefon _____ - _____ **Mobil** _____ - _____

E-Mail _____ @ _____

die Aufnahme als Mitglied beim Katholischen Verein für Ambulante Krankenpflege zu Gersthofen e. V.

☐ **ab sofort** oder ☐ **ab** _____

Der Katholische Verein für Ambulante Krankenpflege zu Gersthofen e. V. erhebt, nutzt und verarbeitet die erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Eine entsprechende „KDG Information für unsere Vereinsmitglieder“ habe ich erhalten.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung, die „Information für unsere Vereinsmitglieder“ und Beschlüsse des Katholischen Vereins für Ambulante Krankenpflege zu Gersthofen e. V. an und erteile meine Einwilligung zur Erhebung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

_____ , ✗ _____

Datum **eigenhändige Unterschrift des Antragstellers**

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (Daten des Beitragszahlers, falls abweichend vom Antragssteller)
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000038524; Anschrift: Katholischer Verein für Ambulante Krankenpflege zu Gersthofen e. V., Schulstr. 1, 86368 Gersthofen, Tel.: 0821 247660

Ich ermächtige den Katholischen Verein für Ambulante Krankenpflege zu Gersthofen e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Katholischen Verein für Ambulante Krankenpflege zu Gersthofen e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Wichtiger Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditunternehmen vereinbarten Bedingungen.

Ich unterstütze den Verein und dessen caritative und soziale Aufgaben mit einem

jährlichen Beitrag von _____ **€** (der Mindestbeitrag beträgt jährlich 12 €)

☐ **Herr** ☐ **Frau** ☐ **keine Angabe** **Titel** (falls vorhanden) _____ **Geburtsdatum** _____

Vorname _____ **Nachname** _____

IBAN _____ **BIC** _____

_____ , ✗ _____

Datum **eigenhändige Unterschrift des Beitragszahlers/Kontoinhabers**

Für interne Vermerke:

Version 2 (neues Logo) - Stand 26.10.2021

☐ Mitgliedsnummer _____ vergeben ☐ Datensatz erstellt ☐ Begrüßungsschreiben erstellt Datum _____._____._____