

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

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme beim Bundesverband Kindstod in Schwangerschaft und nach Geburt

Vollmitglied  
180 €/Jahr

Förderndes Mitglied  
90 €/Jahr

### Person/Verein/Institution/Firma:

Verein/Institution/Firma: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburts-/Gründungsdatum: \_\_\_\_\_

Website (sofern vorhanden): \_\_\_\_\_

### Aktueller Wohnort/Sitz:

Straße / H-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Land: \_\_\_\_\_

Bei Umzug bitte umgehende Info an die Geschäftsstelle des Bundesverband Kindstod in Schwangerschaft und nach Geburt.

---

### SEPA-Lastschriftmandat:

**Gläubiger-Identifikationsnummer: XXXXXXXXX**

**Mandatsreferenz (Erstellt sich aus der Mitgliedsnummer)**

Ich ermächtige den „Bundesverband Kindstod in Schwangerschaft und nach Geburt“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den „Bundesverband Kindstod in Schwangerschaft und nach Geburt“ 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 Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen. Der Beitrag wird jährlich zum 01. Januar fällig. Für das Antragsjahr wird der Betrag anteilig sofort nach Antragsgenehmigung eingezogen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und des Beitragseinzugs elektronisch gespeichert werden. Die Satzung sowie die Gebührenordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

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

BIC: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber falls abweichend

---

### Vom Bundesverband auszufüllen:

Antrag genehmigt      Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Antrag abgelehnt