

Vom Bundesverband auszufüllen

Antrag genehmigt Antrag abgelehnt

Mitgliedsnummer: _____



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Bundesverband Kindstod in Schwangerschaft und nach Geburt e. V. (BVKSG)

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

Vollmitglied (180€/Jahr)

Förderndes Mitglied (90€/Jahr)

Person/ Verein/ Institution/ Firma

Verein/ Institution/ Firma:

Name: _____ Vorname: _____

Geburts-/ Gründungsdatum: _____ Website (sofern vorhanden): _____

Aktueller Wohnort/ Sitz

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

Straße/ H-Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ/ Ort: _____ E-Mail: _____

Land: _____

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)

Seite 1 / 1