

ZoKli Kinderhelden
Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin
im Zollernalb Klinikum e. V.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein „ZoKli Kinderhelden – Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V.“.

Name: Vorname: Titel:

Straße:

Wohnort: Beruf:

Telefon: E-Mail:

Geburtsdatum: / /

Jährliche Beiträge:

Der jährliche Mitgliederbeitrag in Höhe von **20 EUR** ist zum 1. April fällig.

Bei Mitgliedern die dem Verein nach dem 1. April beitreten, wird der Mitgliedsbeitrag für das laufende Kalenderjahr bei Eintritt eingezogen.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des ZoKli Kinderhelden – Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V. als verbindlich an. Die Satzung des Vereins ist mir bekannt; ich erkenne diese an.

Gemäß Vereinssatzung ist der Austritt nur zum Ende eines Kalenderjahres zulässig. Er muss gegenüber dem Vorstand mindestens vier Wochen vorher schriftlich erklärt werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Datum:

Unterschrift:

Spendenkonto

IBAN: DE21 6416 3225 0431 5010 09

BIC: GENODES1VHZ

Kreditinstitut: Volksbank Hohenzollern-Balingen

SEPA- LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer:		
Mandatsreferenz: (wird nach dem Vereinsbeitritt mitgeteilt)		
Zahlungsart:	<input type="checkbox"/> einmalige Zahlung	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige hiermit ZoKli Kinderhelden – Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V., die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der aktuell gültige Betrag über 20 EUR wird jährlich zum 1. April per Lastschrift eingezogen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZoKli Kinderhelden – Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand VOM VEREIN behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Kontoinhaber:		
IBAN:		
BIC:		
Land:		
Kreditinstitut:		
Ort, Datum	Unterschrift	

Spendenkonto

IBAN: DE21 6416 3225 0431 5010 09

BIC: GENODES1VHZ

Kreditinstitut: Volksbank Hohenzollern-Balingen