

# WIR HELFEN

Krankenpflege-Förder-Verein Hünstetten e.V.  
& INES Tagesmüttervermittlung

TEL. 06126-3003



Krankenpflege-Förder-Verein Hünstetten e.V.  
Am Eichert 41-43  
65510 Hünstetten

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum gemeinnützigen Krankenpflege-Förder-Verein Hünstetten e.V.

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

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

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Ort, Ortsteil: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft soll ab  Januar /  Juli (zutreffendes bitte ankreuzen)  
beginnen und ist nach Ablauf eines Jahres durch eine einfache schriftliche Erklärung mit  
3 Monaten Frist zum Jahresende kündbar.

Ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert  
und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der  
Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Die Mailadresse wird  
ausschließlich für Einladungen von Vereinsveranstaltungen und Informationen genutzt.  
Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig  
erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden  
kann.

Die gültige Satzung und den Anhang zur Datenschutz-Grundverordnung erhalte ich umgehend.  
-----

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Krankenpflege-Förder-Verein Hünstetten e.V. widerruflich den  
satzungsgemäßen Beitrag von

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- 3,00 Euro monatlich Einzelmitgliedschaft oder  
 5,00 Euro monatlich Familienmitgliedschaft (Eheleute / Lebensgemeinschaften) oder

einen Sonderbeitrag von

- 10,- Euro monatlich  20,- Euro monatlich oder  \_\_\_\_\_ Euro monatlich

halbjährlich jeweils im Frühjahr und Herbst zu Lasten des folgenden Kontos abzubuchen.

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

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

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

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_