

Beitrittserklärung Traum(a)Geburt e.V.

Nachname:	Straße:
Vorname:	PLZ:
Geb.-Datum:	Ort:
Email:	Telefon: (freiwillig)

Laut aktuell geltender Beitragsordnung kann jedes Mitglied seinen Jahresbeitrag nach eigenem Ermessen selbst festlegen. Es gelten lediglich folgende Mindestbeiträge:

<u>Art der Mitgliedschaft:</u>	<u>Mindestbeitrag:</u>	<u>mein persönlicher Beitrag:</u>
<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft	ab 35€/Jahr	_____ €
<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft ¹	ab 45€/Jahr	_____ €
<input type="checkbox"/> Ermäßigte Mitgliedschaft ² (für Schüler, Studenten, Auszubildende, Rentner und finanziell eingeschränkte Personen)	ab 20€/Jahr	_____ €

Bei Eintritt im 4. Quartal des Jahres (01.10.-31.12.):

Für das verkürzte erste Beitrittsjahr möchte ich:

- einen verringerten Beitrag von _____ € (mind. 50% des Mindestbeitrages) zahlen.
- meinen persönlichen Jahresbeitrag in voller Höhe zahlen.
- Ich möchte meinen Beitritt erst zum 01.01. des Folgejahres erklären.

gewünschte Zahlungsart:

- Lastschriftinzug (bitte ausgefüllte Einzugsermächtigung beifügen)
- Überweisung an TraumaGeburt e.V.,
IBAN: DE46 4905 0101 0040 1411 29; BIC: WELADED1MIN (Sparkasse Minden-Lübbecke)

Bitte bestätigen:

- Die Satzung, Vereinsordnung und Beitragsordnung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.
- Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

¹ Bitte den ausgefüllten Zusatzbogen „Familienmitglieder“ beifügen. (Voraussetzungen: Siehe Beitragsordnung, Seite 1, §4)

² Bitte Nachweis / formlosen Antrag laut Beitragsordnung beifügen. (Voraussetzungen: Siehe Beitragsordnung, Seite 1, §4)

Beitrittserklärung TraumaGeburt e.V.

Familienmitglieder (bei Familienmitgliedschaft)

Name des Antragstellers: _____

Partner:

Vorname:		Nachname: (falls abweichend)	
Geb.-Datum:		Unterschrift:	

Kinder unter 18 Jahren:

Vorname:		Nachname: (falls abweichend)	
Geb.-Datum:		Unterschrift: (ab 14 Jahren)	

Vorname:		Nachname: (falls abweichend)	
Geb.-Datum:		Unterschrift: (ab 14 Jahren)	

Vorname:		Nachname: (falls abweichend)	
Geb.-Datum:		Unterschrift: (ab 14 Jahren)	

Vorname:		Nachname: (falls abweichend)	
Geb.-Datum:		Unterschrift: (ab 14 Jahren)	

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Familienmitglieder, dass sie dem Verein beitragsfrei beitreten möchten.

Der Partner bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er mit dem Inhalt der Satzung, der Vereinsordnung sowie mit der Einhaltung der Datenschutzverordnung einverstanden ist.

Der Antragsteller achtet auf die Einhaltung der Satzung, der Vereinsordnung und der Datenschutzverordnung durch seine minderjährigen Familienmitglieder, soweit diese im Verein aktiv tätig werden.

Alle Familienmitglieder ab 14 Jahren haben volles Stimmrecht in der Mitgliederversammlung des Vereins.

Mit dem 18. Geburtstag eines Kindes erlischt die beitragsfreie Mitgliedschaft automatisch. Sie kann auf Wunsch gern in eine eigenständige Mitgliedschaft übergehen.



004014112910A580409190

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

TraumaGeburt e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:

Schillerstr. 19 a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

63322 Rödermark

Land / Country:
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE02ZZZ00002240439

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment
 Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
Land / Country:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:
Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell