



# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Kinderschutzbund (DKSB) Münster e. V.. Der Beitritt erfolgt zum 1. Januar des laufenden Kalenderjahres. Der Austritt ist jederzeit möglich. Die Austrittserklärung muss dem Vorstand schriftlich zugehen. Für das laufende Kalenderjahr geleistete Beträge werden nicht erstattet, fällige Beiträge nicht erlassen.

Bitte schicken Sie uns die ausgefüllte Beitrittserklärung per Post zu:

Deutscher Kinderschutzbund Münster e. V.  
Berliner Platz 33, 48143 Münster

### DKSB-Bank-Verbindungen:

Sparda-Bank Münster eG  
IBAN: DE 57 4006 0560 0000 9022 33  
BIC: GENODEF1S08

Sparkasse Münsterland Ost  
IBAN: DE 19 4005 0150 0034 3528 49  
BIC: WELADED1MST

### Der DKSB Ortsverband Münster im Internet:

[www.kinderschutzbund-muenster.de](http://www.kinderschutzbund-muenster.de)  
[www.twitter.com/DKSB\\_Muenster](https://www.twitter.com/DKSB_Muenster)  
[www.facebook.com/Kinderschutzbund.MS](https://www.facebook.com/Kinderschutzbund.MS)

NAME

VORNAME

STRASSE, NR.

PLZ, WOHNORT

GEBURTS-DATUM      BERUF

TELEFON

E-MAIL

Ich zahle einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro  
(Mindestbeitrag: **40,00** Euro für **aktive** / **50,00** Euro für **passive** Mitglieder).

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Daten im DKSB Münster erhoben, gespeichert, verarbeitet und an den DKSB-Dachverband übermittelt werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder, die Versendung der Mitgliederzeitschrift sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

ORT und DATUM

UNTERSCHRIFT

## SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Deutscher Kinderschutzbund Münster e. V., Berliner Platz 33, 48143 Münster  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 66 ZZZ 00000089282

Mandatsreferenz: DKSB-OV-121- \_ \_ \_ \_ \_ (wird vom DKSB ausgefüllt und Ihnen mitgeteilt)

Ich ermächtige den DKSB Münster e. V., den jährlichen Beitrag  **jährlich**,  **halbjährlich** von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DKSB Münster e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift.

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.

VORNAME und NAME (Kontoinhaber)

STRASSE, NR.

KREDITINSTITUT

PLZ, WOHNORT

DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |  
IBAN

\_  
BIC

ORT und DATUM

UNTERSCHRIFT