Aufnahmeantrag

Der Kinderschutzbund
Ortsverband Münster

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Kinderschutzbund (DKSB) Münster e. V. Der Beitritt erfolgt vorbehaltlich der Zustimmung des Vorstandes 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 den ausgefüllten Aufnahmeantrag per Post zu:

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

DKSB-Bank-Verbindung:
Sparkasse Münsterland Ost
IBAN: DE 19 4005 0150 0034 3528 49
BIC: WELADED1MST

Der DKSB Ortsverband Münster im Internet:
www.kinderschutzbund-muenster.de
www.twitter.com/DKSB_Muenster
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 Kinderschutzbund 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.

Das Leitbild des DKSB Münster, publiziert auf dessen Website, erkenne ich an.

ORT und DATUM UNTERSCHRIFT

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Der 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 Kinderschutzbund Münster e. V., den jährlichen Beitrag ☐ **jährlich,** ☐ **halbjährlich** von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kinderschutzbund 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_ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _
IBAN

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
BIC

ORT und DATUM UNTERSCHRIFT