



Der Kinderschutzbund  
Ortsverband Münster

# Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die **Aufnahme als Mitglied** in den Kinderschutzbund OV Münster e. V.  
Die Mitgliedschaft beginnt mit der Annahme des Antrags. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand.  
Der Austritt ist jederzeit möglich. Die Austrittserklärung muss der 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** oder **per Scan** oder **Foto** an:

Der Kinderschutzbund Münster e. V.  
Berliner Platz 33, 48143 Münster  
Mail: [info@kinderschutzbund-muenster.de](mailto:info@kinderschutzbund-muenster.de)

**Der Kinderschutzbund Münster im Internet:**  
[www.kinderschutzbund-muenster.de](http://www.kinderschutzbund-muenster.de)

NAME
VORNAME
STRASSE, NR.
PLZ, WOHNORT
GEBURTS-DATUM
TELEFON
E-MAIL

Ich zahle einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro  
(Mindestbeitrag: **40,00** Euro für **aktive** / **60,00** 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 Dachverband des Kinderschutzbundes übermittelt werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder, die Versendung der Mitgliederzeitschrift und des Infobriefs sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

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

ORT und DATUM

UNTERSCHRIFT

## SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Der Kinderschutzbund Münster e. V. (DKSB), Berliner Platz 33, 48143 Münster  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 66 ZZZ 00000089282

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

Ich ermächtige den Kinderschutzbund Münster e. V., den jährlichen Beitrag **jährlich** 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 \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_  
IBAN

\_  
BIC

ORT und DATUM

UNTERSCHRIFT