



Der Kinderschutzbund Ortsverband Mülheim e.V., Schlosstr. 31, 45468 Mülheim/Ruhr

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Kinderschutzbund
Ortsverband Mülheim an der Ruhr e.V.

zum _____ 20____

- Ich bin bereit einen monatlichen Beitrag von _____ € (mindestens 3 €) zu zahlen
- Ich bin bereit einen jährlichen Beitrag von _____ € (mindestens 25 €) zu zahlen
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Beitrag monatlich / jährlich von meinem Konto abgebucht wird. **Bitte das SEPA – Lastschriftmandat ausfüllen!**
- Ich werde meinen Beitrag bar oder per Überweisung auf das Konto der Sparkasse Mülheim an der Ruhr
IBAN: DE 96 3625 0000 0300 0264 51
BIC: SPMHDE3EXXX
bezahlen.

Name	Vorname
Geburtsdatum	Beruf
Straße	Ort
Telefon	E-Mail

- Ich bin bereit, in Ihrem Ortsverband **aktiv mitzuarbeiten** und bitte um nähere Informationen.
- Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert, verarbeitet und an den Dachverband übermittelt werden, soweit sie für das Mitgliedsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder, die Versendung der Mitgliederzeitschrift sowie der Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Zurück **per Post** oder **per E-Mail** (info@kinderschutzbund-mh.de) an:

Der Kinderschutzbund
Ortsverband Mülheim an der Ruhr
Schlossstr. 31
45468 Mülheim an der Ruhr

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE76ZZZ000089177**
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Kinderschutzbund, Ortsverband Mülheim an der Ruhr e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / wiesen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Der Kinderschutzbund, Ortsverband Mülheim an der Ruhr e.V. 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.

Dieses SEPA – Lastschriftmandat gilt für: **Mitgliedsbeitrag**
- **wiederkehrende Zahlung** -

Vorname und Name (Kontoinhaber) _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum

Unterschrift