

Bitte per Post oder Fax senden an 08171 / 428 89 27-9

Hautsache Kind e.V.
Lauterbachstr. 31 a
82538 Geretsried

Antrag auf Mitgliedschaft beim Verein Hautsache Kind e.V.

- Ja, ich möchte dem Verein Hautsache Kind e.V. als ordentliches Mitglied beitreten und den Jahresbetrag i.H.v. 60,00 Euro entrichten.

Hautsache Kind e.V. ist als gemeinnützig anerkannt. Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig.

- Ja, ich möchte dem Verein Hautsache Kind e.V. als außerordentliches Mitglied beitreten und bin von Beitragszahlungen freigestellt.

Vorname / Name

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Ich möchte dem Verein beitreten, weil

- ich selbst betroffen bin
 mein Kind betroffen ist, Alter des Kindes _____
 ich Betroffene kenne und unterstützen möchte
 Sonstiges _____

- Ja, ich habe die Satzung des Vereins Hautsache Kind e.V. gelesen und erkenne diese an. Die Satzung findet sich unter www.hautsache-kind.de, Rubrik „Mitglied werden“.

Datum, Ort, Unterschrift

Einzugsermächtigung (bei ordentlicher Mitgliedschaft):

Hiermit erkläre ich mich bereit, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abbuchen zu lassen. Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Datum, Ort, Unterschrift Kontoinhaber