



## Beitrittserklärung und Einzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich, dass ich dem Förderverein Kindernotarztwagen e.V. beitrete.

Ich erkenne die Satzung (zu beziehen unter: [www.kindernotarzt.org/satzung](http://www.kindernotarzt.org/satzung)) an. Ich ermächtige den Förderverein Kindernotarztwagen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzuziehen.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_

- Ich stimme zu, dass meine E-Mail für einen E-Mail-Verteiler zwecks Vereins-Korrespondenzen genutzt werden darf.
- Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Telefon: \_\_\_\_\_

Der jährliche Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro (Mindestbeitrag: Einzelperson 20 Euro, Familien 30 Euro) soll widerruflich von meinem Konto per Lastschrift eingezogen werden.

### SEPA-Lastschriftmandat

Förderverein Kindernotarztwagen e.V.: Gläubigermandat: DE89KNA00000276757

Kreditinstitut:

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift