



Beitrittserklärung:

Ja, ich möchte unter Anerkennung der Satzung Mitglied der „NierenKinder Berlin e.V.“ werden.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Email _____

Telefon _____ Mobil _____

Ich bin

selbst betroffen und bereits volljährig

Angehörige von _____, Geburtsdatum _____
Name des betroffenen Kindes

Fördermitglied

Als minderjähriges Mitglied (betroffenes Kind und Geschwister) soll beitragsfrei aufgenommen werden:

1. _____, Geburtsdatum _____

2. _____, Geburtsdatum _____

3. _____, Geburtsdatum _____

Als volljähriges Familienmitglied soll zum ermäßigten Beitragssatz aufgenommen werden:

1. _____, Geburtsdatum _____

2. _____, Geburtsdatum _____

3. _____, Geburtsdatum _____

Ich bin mit dem Lastschrifteinzugsverfahren einverstanden. Der Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung.

Kontoinhaber _____

Bank _____

Iban _____ Bic _____

***Ort, Datum und Unterschrift** _____

***Pflichtfeld**

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit Sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

***Ort, Datum und Unterschrift** _____

***Pflichtfeld**