NierenKinder Berlin e.V.

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**

NierenKinder Berlin e.V.
Vorsitzende: Christiane Cobien
Schmidt-Knobelsdorf-Str. 32B
13581 Berlin

Telefon: 030 58 65 31 22

nierenkinder-berlin@web.de
www.nierenkinder-berlin.de

Spendenkonto
KD Bank
IBAN: DE84 3506 0190 1567 7180 22
BIC: GENODED1DKD