

An

Hebammen Ambulanz Bonn e.V.

Kölustr. 54

53111 Bonn

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte

Beitrittserklärung postalisch oder per Mail zu.

## Beitrittserklärung

Ich möchte dem gemeinnützigen Verein „Hebammen Ambulanz Bonn e.V.“ beitreten als:

- Ordentliches Mitglied  Fördermitglied

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

Die **Satzung** des Vereins habe ich erhalten und/oder von der Webseite [www.hebammen-ambulanz-bonn.de](http://www.hebammen-ambulanz-bonn.de) heruntergeladen. Die Mitgliedschaft kann unter Einhaltung einer sechswöchigen Kündigungsfrist zum Quartalsende gekündigt werden.

### Datenschutzerklärung:

Mit der Erhebung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zum ausschließlichen Zweck der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden und erkläre dies mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

### Einzugsermächtigung / SEPA – Lastschriftmandat

**Gläubiger -Identifikationsnummer: DED6ZZZ00002647865**

Hiermit ermächtige ich Hebammen Ambulanz Bonn e.V., den Mitgliedsbeitrag von jährlich 35,00 € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „Hebammen Ambulanz Bonn e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Bank:** \_\_\_\_\_ **BIC:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**