

An

Hebammen Ambulanz Bonn e.V.

Kölnstr. 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.

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____ **Telefon:** _____

Die **Satzung** des Vereins habe ich erhalten und/oder von der Webseite 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