

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Vorname, Nachname

Telefon

Straße, Nummer

Mobiltelefon

Postleitzahl, Ort

E-Mail (elektronische Post)

Land

Geburtsdatum

### Ich/Wir melden uns an als:

Selbstbetroffene/r mit CHARGE-Syndrom (ab 18 Jahren)

Familie mit einem Kind mit CHARGE-Syndrom

Freunde, Verwandte

Fachkraft (Berufsbezeichnung/Einrichtung)

Andere

### Angaben zur Familie:

**Mutter** (Familiename, Vorname)

Geburtsdatum:

**Vater** (Familiename, Vorname)

Geburtsdatum:

### Kind / Betroffener mit CHARGE-Syndrom

(Familiename, Vorname)

Geburtsdatum:

**Geschwister:** (Familiename, Vorname)

Geburtsdatum:

**Sonstiges**

Verheiratet

Eheähnliche Gemeinschaft

Alleinerziehend

### Mitgliedsbeitrag:

Jährlicher Mitgliedsbeitrag von 30,00 Euro

Selbst festgelegter, **erhöhter** Beitrag von: Euro

Jährlicher Mitgliedsbeitrag für Selbstbetroffene mit CHARGE-Syndrom (ab 18 Jahren) von 0,00 Euro

Hiermit willige ich in die elektronische Datenverwaltung der personenbezogenen Daten ein, die in dieser Beitrittserklärung erhoben werden. Die Verwaltung der personenbezogenen Daten dient ausschließlich der Mitgliederverwaltung (zum Beispiel Anschriftenverwaltung) und der satzungsgemäßen Erfüllung von Zweck und Aufgaben von CHARGE Syndrom e.V. (eingetragener Verein). Der Schutz meiner personenbezogenen Daten wird von CHARGE Syndrom e.V. gewährleistet.

**Ja**, ich bin einverstanden, dass mir Newsletter, Einladungen und Protokolle per E-Mail zugestellt werden.

**Ja**, ich bin damit einverstanden, dass obige Angaben anderen Mitgliedern vom CHARGE Syndrom e.V. bekannt gegeben werden und in der Mitgliederliste, die nur den Mitgliedern des CHARGE Syndrom e.V. zugänglich gemacht wird, erscheinen.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## JAHRESBEITRAG / SEPA-Mandat

Der jährliche Mitgliedsbeitrag pro Familie beträgt 30 Euro ab dem 1. März 2014 und ist in dieser Höhe jeweils zum **1. März des Jahres** fällig. Dem Vorstand von CHARGE Syndrom e.V. wäre es eine große Hilfe und Arbeitserleichterung, wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen würden.

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG VON FORDERUNGEN DURCH SEPA-Verfahren

(Single Euro Payments Area (zu Deutsch: bargeldlosen Zahlungsverkehr in Europa))

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen des Mitgliedsbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschriften einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

#### Allgemeine Daten

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)	Name und Anschrift des Kontoinhabers
CHARGE Syndrom e.V. Elternkreis betroffener Kinder Borbath 29 91448 Emskirchen  Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) <b>DE49ZZZ00000618238</b>	(Vorname/Name)  (Straße, Haus-Nummer)  Postleitzahl, Ort  Land  <b>Mandatsreferenz</b>  (wird vom CHARGE Syndrom e.V. vergeben)

#### SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich/Wir ermächtigen den CHARGE Syndrom e.V., Borbath 29, 91448 Emskirchen den Mitgliedsbeitrag von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom CHARGE Syndrom e.V., Borbath 29, 91448 Emskirchen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

BIC (Business Identifier Code)

IBAN (internationale Bankkontonummer)

Kreditinstitut

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte dieses Formular zurück an den CHARGE Syndrom e.V., Borbath 29, D - 91448 Emskirchen.**