Bankeinzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass der Verein KIM den von mir zu zahlenden Jahresbetrag von _____ Euro

in Worten _____

❑ monatlich ❑ Vierteljährlich ❑ halbjährlich ❑ jährlich

von meinem Konto BLZ _____ Geldinstitut _____

Kto.-Nr. _____

mittels Einzugsbeleg abbuchen lässt.

_____ _____ _____

Ort Datum Unterschrift

Diesen Antrag senden Sie bitte an:
KIM, Postfach, St. Vinzenz-Hospital, Dr.-Otto-Seidel-Straße 31-33, 46535 Dinslaken

---

Aufnahmeantrag

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ/Wohnort _____
geboren am _____

❑ Ja, ich möchte Mitglied werden und beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein Kind im Mittelpunkt (KIM)
❑ Ja, ich möchte weitere Informationen über den Verein Kind im Mittelpunkt (KIM).
❑ Ja, ich möchte aktiv bei KIM mitarbeiten.

Ich zahle einen Jahresbeitrag von _____ Euro.
(Mindestbeitrag 25,00 Euro)

Als Aufnahmespende zahle ich _____ Euro.

Die im Aufnahmeverfahren erhobenen persönlichen Daten dienen der Vereinsarbeit und werden von KIM zum Zwecke vereinsinterner Daten- und Textverarbeitung elektronisch gespeichert und verarbeitet (§§26, 33 BDSG).