



CHARGE Syndrom e.V. – Elternkreis betroffener Kinder

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Land

### Ich/wir melden uns an als:

- Selbstbetroffener
- 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,- €
- Selbst festgelegter, **erhöhter** Beitrag von: \_\_\_\_\_ €
- Jährlicher Mitgliedsbeitrag für Selbstbetroffene von 0,- €

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 (z.B. Anschriftenverwaltung) und der satzungsgemäßen Erfüllung von Zweck und Aufgaben von CHARGE Syndrom e.V.. 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 01. 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

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-Nr.)  _____ PLZ, 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

\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

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