

MITGLIEDSANTRAG

(Stand 25.05.2018) Bitte in Druckbuchstaben leserlich ausfüllen!



Elternhilfe für
Kinder mit Rett-Syndrom in Deutschland e. V.
Gaswerkstr. 13
52525 Heinsberg

INFO-TELEFON:
02302 - 9625 660
Mo-Fr 9-12 Uhr
www.rett.de

Hiermit beantrage ich/beantragen wir die Aufnahme in die Elternhilfe für Kinder mit Rett-Syndrom in Deutschland e. V. unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung. Die Satzung wird auf Wunsch zugesandt, bzw. kann unter www.rett.de eingesehen werden.

Mitglied:

Herr Frau

Name ,Vorname

weiteres Mitglied:

Herr Frau

Name, Vorname

Adresse:

Straße

PLZ/Ort/Ortsteil

Telefon

Email-Adresse

Gewünschter Beitritt zum _____ (Datum) Sofort

Gewünschte Mitgliedschaft (Mindestbeiträge) bitte ankreuzen:

ordentliches Mitglied 45 € für Ehepaare (mit Rett-Mädchen/-Frau) *

ordentliches Mitglied 30 € für Alleinerziehende (mit Rett-Mädchen/-Frau) *

* (enge Familienangehörige wie Großeltern, Geschwister etc. können als ordentliche Mitglieder aufgenommen werden)

förderndes Mitglied 20 € ohne Mitgliederzeitschrift (pro Person)

nur für förderndes Mitglied: Ich wünsche die Mitgliederzeitschrift RettLand (zusätzlich 12 €/Jahr)

Gewünschte Gruppe bitte ankreuzen:

Bund

Mitteldeutschland

Nord

Rhein-Main

Baden-Württemberg

Mosel-Saar-Pfalz

Nord-Ost

Bayern

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Rett-Kind / Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich bin/Wir sind mit der Weitergabe meiner/unserer Telefonnummer/Email-Adresse an andere betroffene Familien einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) zur Einwilligungserklärung



SEPA-Mandat

Kontoinhaber und IBAN

Der Kontoinhaber ist immer mit Vor- und Nachnamen anzugeben. Ist nicht das Mitglied der Elternhilfe, muss die Anschrift mit angegeben werden. Bezieht sich das Konto auf ein Ehepaar **und** sind beide unterschreibungsberechtigt, sollte das Mitglied als Kontoinhaber genannt werden und das SEPA-Mandat unterzeichnen.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZ00000205169

Ich ermächtige die Elternhilfe für Kinder mit Rett-Syndrom in Deutschland e. V., den von mir/uns jeweils zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift jährlich einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Elternhilfe für Kinder mit Rett-Syndrom in Deutschland 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.

Vorname, Name (Kontoinhaber), (bei abweichendem Kontoinhaber: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Name Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift SEPA-Lastschriftmandat (Kontoinhaber)

Bitte beachten Sie die Informationspflichten zur DSGVO unter:

www.rett.de/mitglied-werden/