

MITGLIEDSANTRAG



Wir freuen uns sehr, dass Sie die Arbeit unserer Organisation durch Ihre Mitgliedschaft unterstützen möchten. Bitte wählen Sie zwischen folgenden Möglichkeiten:

1. **Einzelmitgliedschaft:** Sie werden Mitglied des HERZKIND e.V. Der jährliche Mitgliedsbeitrag eines Einzelmitgliedes beträgt € 35,00.
2. **Doppelmitgliedschaft:** Sie und Ihr Partner werden Mitglied des HERZKIND e.V. (gilt für Eltern, Lebensgemeinschaften, Großeltern etc.). Der jährliche Beitrag beträgt € 55,00.
3. **Fördermitgliedschaft:** Sie fördern mit einem von Ihnen festgelegten Betrag die Arbeit des HERZKIND e.V. Möchten Sie unser Vereinsmagazin HERZBLICK regelmäßig beziehen, beträgt der jährliche Mindestbeitrag € 35,00.

Im Mitgliedsbeitrag ist der Bezug unseres Vereinsmagazins HERZBLICK enthalten (erscheint vierteljährlich). Über freiwillige Mehrbeiträge freuen wir uns natürlich, sie stärken die Arbeit des Vereins.

Hiermit beantrage ich meine/unsere Mitgliedschaft im HERZKIND e.V.

1. Mitglied

Name _____

Vorname _____ geb. am _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Social Media (Facebook, Intragram, etc.): _____

Bei Doppelmitgliedschaft:

2. Mitglied

Name _____

Vorname _____ geb. am _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Social Media (Facebook, Intragram, etc.): _____

SEPA- Lastschriftmandat

HERZKIND - Gläubiger-Identifikationsnummer DE 95HRZ00000638265

Meinen/unseren jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € _____ bitte ich per Lastschrift erstmals bei Vereinseintritt und danach jeweils zum 01. 01. eines jeden Jahres einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom HERZKIND e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN _____

Meine/unsere Mandatsreferenznummer ist identisch mit der Mitgliedsnummer. Die Mitgliedsnummer wird in dem Schreiben zur Bestätigung der Mitgliedschaft mitgeteilt. Sie ist auf dem Adressticket des vierteljährlich zugestellten Vereinsmagazins HERZBLICK enthalten. Bei Doppelmitgliedschaft gilt die Mitgliedsnummer des Kontoinhabers.

Mit Bestätigung der Mitgliedschaft erhalte ich, erhalten wir eine Satzung und eine Beitragsordnung, der man die Rechte und Pflichten als Vereinsmitglied entnehmen. Ich bzw. wir willigen ferner ein, dass HERZKIND e.V., soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung der Vereinsangelegenheiten dient, die vorstehend bekanntgegebenen Daten elektronisch erfasst. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich/Wir haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über die beim HERZKIND e.V. gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung. Darüber hinaus gilt das Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Es besteht jederzeit die Möglichkeit, diese Erklärung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten zu widerrufen. Änderungen der Adresse oder Kontoverbindung teile ich der Geschäftsstelle umgehend mit.

Datum

Unterschrift 1. Mitglied

Unterschrift 2. Mitglied

HERZKIND e.V. ist durch das Finanzamt Braunschweig, Verzeichnisnummer H 28, als gemeinnützig anerkannt. Beitrag und Spenden sind somit steuerlich absetzbar. Bei Beträgen bis zu € 300,00 genügt als Nachweis der Überweisungs- bzw. der Belastungsbeleg Ihres Geldinstitutes. Auf Wunsch stellen wir eine Beitragsbestätigung aus.

HERZKIND e.V.

Husarenstr. 70 * 38102 Braunschweig * Tel. 0531- 220 660 * Fax 0531- 220 66 22 Internet: www.herzkind.de * E-Mail: info@herzkind.de
Steuernummer 147209/03885 * Amtsgericht Braunschweig VR 200025

Wie sind Sie auf den Herzkind e.V. aufmerksam geworden

Möchten Sie einer Kontaktgruppe in Ihrer Nähe beitreten

 ja nein

(Ihren Kontakt geben wir in diesem Fall gerne an die Kontaktgruppenleiter weiter)

Herzkind

 ja

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Geschwister

(Name/Geburtsjahr)

Selbst betroffen ja

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Diagnosen – gern können Sie eine Kopie der letzten Arztberichte beifügen –

Ambulante kardiologische/ kinder-kardiologische Betreuung

(Name u. Anschrift des Arztes, der Praxis o. Klinik)

Behandelndes Herzzentrum _____

Hier ist Platz für Ihre Bemerkungen und/oder Ergänzungen/Wünsche die Sie uns mitteilen möchten:

Ich bin *grundsätzlich* damit einverstanden, dass meine Telefonnummer und/oder meine E- Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme an andere betroffene Familien oder selbst Betroffene weitergegeben werden kann. Unabhängig von Ihrem generellen Einverständnis werden wir Sie vor jeder Weitergabe kontaktieren und um Ihre Zustimmung im konkreten Fall bitten.

 ja nein

Datum/ Unterschrift

Wir danken ganz herzlich für Ihr Vertrauen.

Senden Sie diesen ausgefüllten Mitgliedsantrag an:

HERZKIND e.V.
Husarenstr. 70
38102 Braunschweig

Tel: 0531 220 660
Fax: 0531 220 66 22
Mail: info@herzkind.de