

JA! Ich werde Mitglied im Deutschen Kinderschutzbund

Dieses Formular können Sie gleich hier elektronisch ausfüllen, es ist dann auch ohne Unterschrift gültig. Die Mitgliedschaft beginnt aber erst, nachdem wir Ihnen eine Bestätigung zugeschickt haben. Alternativ können Sie das Formular auch drucken, ausfüllen und per Post senden an:

Deutscher Kinderschutzbund
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.
An der Ochsenwiese 3
55124 Mainz

Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Kinderschutzbund e.V. Landesverband Rheinland-Pfalz. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 25 Euro pro Jahr. Darin enthalten ist der Bezug unserer Mitgliederzeitschrift „Kinderschutz aktuell“. Wir freuen uns natürlich sehr, wenn Sie Ihren Beitrag freiwillig höher ansetzen. Bitte beachten Sie, dass die mit einem Stern * gekennzeichneten Felder Pflichtfelder sind und ausgefüllt werden müssen.

Vorname:*	<input type="text"/>	Nachname:*	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.:*	<input type="text"/>		
PLZ*	<input type="text"/>	Wohnort*	<input type="text"/>
E-Mail:*	<input type="text" value="Ihre E-Mail-Adresse, bitte."/>	Geburtsdatum ²	<input type="text"/>
Ich zahle jährlich einen Mitgliedsbeitrag von Euro:*	<input type="text"/>		

- * Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende Daten in dem Verein erhoben, verarbeitet und an den DKSB-Bundesverband übermittelt werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder, die Versendung der Mitgliederzeitschrift sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Die Mitgliedschaft kann jeweils zum Jahresende mit einer Frist von zwei Monaten gekündigt werden.

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Ident: DE16ZZZ00002227480)

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige den Deutschen Kinderschutzbund e.V. Landesverband Rheinland-Pfalz, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Kinderschutzbund Landesverband Rheinland-Pfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

IBAN:	<input type="text" value="DE"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC (für Mitgliedschaft im Ausland):	<input type="text"/>					

- Einwilligung Datenschutz (bitte ankreuzen):*

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die hier eingegebenen Daten elektronisch gespeichert werden. Der Kinderschutzbund versichert, dass diese Daten nur im Sinne dieser Beitrittserklärung und der Mitgliedschaft genutzt werden. Diese Einwilligung können Sie jederzeit durch Nachricht an uns widerrufen. Im Falle eines Widerrufs werden Ihre Daten umgehend gelöscht. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

² Eingaben sind freiwillig bei E-Mail-Adresse und Geburtsdatum, also keine Pflichtfelder

Datum, Ort

Unterschrift