

Aufnahmeantrag

PF-SH e.V.
PflegeFamilien Schleswig Holstein e.V.
c/o Anja Andresen, Eckernförder Str. 400, 24107 Kiel



Hiermit beantrage ich ab meine/unsere Aufnahme
in den Verein PflegeFamilien-Schleswig Holstein e.V.

(1) Persönliche Angaben

Nachname*

Vorname*

Straße und Hausnummer*

PLZ und Ort*

Geburtsdatum*

Emailadresse*

Mobilnummer

(2) Anerkennung der Vereinssatzung

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich die Satzung und Datenschutzrichtlinien des Vereins, und die jeweils gültigen Beitragsätze an. Der Austritt kann dem Vorstand nur schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Geschäftsjahres erklärt werden.

(3) Datenschutz

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass ich über vereinsinterne Anliegen per Mail informiert werden darf. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht, sofern sie nicht der gesetzl. Aufbewahrungspflicht unterliegen.

*Pflichtangaben

Ort und Datum

Unterschrift

PF-SH e.V.
PflegeFamilien Schleswig Holstein
Eckernförder Str. 400, 24107 Kiel
Vertretungsberechtigt: Svenja Johannsen

Förde Sparkasse
IBAN: DE58 2105 0170 1005 1093 33
BIC: NOLADE21KIE
kontakt@pflegefamilien-sh.de

Aufnahmeantrag

PF-SH e.V.
PflegeFamilien Schleswig Holstein e.V.
c/o Anja Andresen, Eckernförder Str. 400, 24107 Kiel



Erteilung einer EINZUGSERMÄCHTIGUNG und eines SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Name des Zahlungsempfängers:

PflegeFamilien Schleswig Holstein e.V. – PF-SH e.V.

Eckernförder Str. 400

24107 Kiel

Gläubiger-ID: DE93ZZZ00002759109

SEPA-Mandatsreferenz: _____ (vom Verein vergeben)

Zahlungspflichtiger

Anrede Frau Herr

Vorname _____ Nachname _____

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung – zum 1.3. eines Jahres, wenn bis 15.2. keine Zahlung eingegangen ist, wird der Beitrag eingezogen.

Kontoinhaber*in

Straße & Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

IBAN (max. 22 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Kreditinstitut und Ort

Datum _____ Ort _____

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

PF-SH e.V.
PflegeFamilien Schleswig Holstein
Eckernförder Str. 400, 24107 Kiel
Vertretungsberechtigt: Svenja Johannsen

Förde Sparkasse
IBAN: DE58 2105 0170 1005 1093 33
BIC: NOLADE21KIE
kontakt@pflegefamilien-sh.de