

|                                                                                                  |  |                                                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Name</b>                                                                                      |  | <b>Vorname</b>                                                        |  |
| <b>Institution</b>                                                                               |  |                                                                       |  |
| <b>Straße und Hausnummer</b>                                                                     |  |                                                                       |  |
| <b>PLZ</b>                                                                                       |  | <b>Ort</b>                                                            |  |
| <b>E-Mail</b>                                                                                    |  |                                                                       |  |
| <b>Telefon</b> (freiwillig)                                                                      |  |                                                                       |  |
| <b>Geburtstag</b> (freiwillig)                                                                   |  | <b>Anrede/Pronomen</b> (freiwillig)                                   |  |
| <b>Art der Mitgliedschaft:</b>                                                                   |  |                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Schüler, Azubis, Studis, nicht-steuerpflichtige Personen (12,00 €/Jahr) |  | <input type="checkbox"/> Regulär (mind. 24,00 €/Jahr)<br>_____ €      |  |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied (mind. 50,00 €/Jahr)<br>_____ €                          |  | <input type="checkbox"/> Institution (mind. 100,00 €/Jahr)<br>_____ € |  |

Der Widerruf und der Mitgliedsantrag sind zu richten an:

Hiermit ermächtige ich den Verein Careleaver e.V. widerruflich, fällige Mitgliedsbeiträge per Lastschrift von meinem nachstehend genannten Bankkonto einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Verein Careleaver e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen ab dem Belastungsdatum die Rückbuchung des Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Abbuchung erfolgt am 01.04. des Jahres, ohne vorherige Erinnerung. Beginnt die Mitgliedschaft nach dem 01.04., ist der Beitrag für das aktuelle Jahr selbst und in voller Höhe zu überweisen.

IBAN: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bank/Ort: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber\*in: \_\_\_\_\_

- ☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung gelesen habe und sie anerkenne.
- ☐ Die Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.
- ☐ Ich bin selbst Careleaver oder Care Receiver (freiwillige Angabe).

Unterschrift Antragsteller\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in

Aufnahmedatum: