

Name		Vorname	
Institution			
Straße und Hausnummer			
PLZ		Ort	
E-Mail			
Telefon (freiwillig)			
Geburtstag (freiwillig)		Anrede/Pronomen (freiwillig)	
Art der Mitgliedschaft:			
☐ Schüler, Azubis, Studis, nicht-steuerpflichtige Personen (12,00 €/Jahr)		☐ Regulär (mind. 24,00 €/Jahr) _____ €	
☐ Fördermitglied (mind. 50,00 €/Jahr) _____ €		☐ Institution (mind. 100,00 €/Jahr) _____ €	

Adresse für den Widerruf / den Mitgliedsantrag:

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).

Aufnahmedatum: