

Rückantwort:

Alten- und Krankenpflegeverein

Köln-Longerich e.V.
Oldenburger Straße 15
50737 Köln

Beitrittserklärung zum AKV Köln-Longerich e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied im „**Alten - und Krankenpflegeverein Köln-Longerich e.V.**“. Der Mindestjahrebeitrag beträgt 50,- Euro pro Person. Abweichend davon freuen wir uns über einen individuellen höheren Beitrag.

Durch meinen Beitrag ermögliche ich den AKV Mitarbeitern mehr Zeit mit den Patienten zu verbringen und bereichere damit das Leben alter und kranker Menschen. Jeder Mensch ist individuell und braucht mal mehr und mal weniger Zeit. Doch jeder benötigt seine tägliche Zuwendung!

Ja, ich bin bereit jährlich einen Beitrag von € [] zu zahlen, erstmalig am [] .

Mit dem Erwerb der Mitgliedschaft wird die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins anerkannt. Diese sind einsehbar unter:
www.akv-longerich.de/akv/verein/satzung/ **und** www.akv-longerich.de/akv/verein/mitgliedschaft/

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

[] [] []
Vorname Nachname Geburtsdatum

[]
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ und Ort)

[]
E-Mail-Adresse

Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse stimme ich der Kontaktaufnahme und Versendung von Mitgliederinformationen per E-Mail zu.

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass personenbezogene Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder, sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Informationen zum Datenschutz können Sie hier einsehen: www.akv-longerich.de/datenschutzerklaerung/

Ich habe diese Datenschutzerklärung gelesen, verstanden und willige mit meiner Unterschrift ein.

[] []
Datum Unterschrift

Rückantwort:

Alten- und Krankenpflegeverein
Köln-Longerich e.V.
Oldenburger Straße 15
50737 Köln

SEPA Lastschriftmandat für Mitglieder des AKV Köln-Longerich e.V.

Gläubiger Identifikationsnummer: DE760APN00000013054

Mandats-Referenz (wird separat mitgeteilt):

Beitragseinzug: jährlich (im Regelfall zum 1. März eines jeden Jahres)

Beitragssumme:

Ich ermächtige den Alten- und Krankenpflegeverein Köln-Longerich e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Alten- und Krankenpflegeverein Köln-Longerich e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname

Nachname

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ und Ort)

Name des Kreditinstitutes

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)