

STAR CARE Rheinland-Pfalz e.V.
Geschäftsstelle HPC K839
Daimlerstraße 1
76744 Wörth

Beitrittserklärung

Ich möchte Fördermitglied von STAR CARE Rheinland-Pfalz e.V. sein und werde einen steuerbegünstigten Jahresbeitrag von

Euro _____ (mindestens 50,00) bezahlen.

Name / Vorname / Firma _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

eMail-Adresse _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Förderverein STAR CARE Rheinland-Pfalz e.V., Daimlerstr. 1, 76744 Wörth, widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Konto-Nr./IBAN _____ Bankinstitut/Postscheckamt _____

BLZ/BIC _____ Zahlung wegen _____ fälliger Jahresbeitrag

Ich/wir willige(n) ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, eMail-Adresse und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliedsverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Die Spende wird zu Beginn der Fördermitgliedschaft abgebucht und danach jeweils zu Beginn des neuen Kalenderjahres. Die Fördermitgliedschaft kann ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

Spenden ab 500,- Euro werden wir gerne auf der Homepage von STAR CARE Rheinland-Pfalz e.V. veröffentlichen.

Ich bin mit der Veröffentlichung einverstanden ja Nein

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die oben genannte Adresse, damit wir Ihnen umgehend eine Spendenbescheinigung zukommen lassen können.