

# Herzkinder Ostfriesland e.V.

## Beitrittserklärung

**Ich/Wir möchten als betroffene Person oder Familie Mitglied im Elternverein „Herzkinder OstFriesland“ werden.**

- Einzelmitgliedschaft (zur Zeit 15,00 Euro pro Jahr)  
 Familienmitgliedschaft (zur Zeit 20,00 Euro pro Jahr)  
(bitte ankreuzen)



Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Hausnr.	
PLZ/Ort	
Telefon	
Email	
Name des Partners	
Vorname	
Geburtsdatum	

### **Kinder**

Vorname/Name	Geburtsdatum	Herzkind ja/nein

Wenn sie zum Kreis betroffenen Familien mit herzkranken Kindern gehören, wäre es nett, wenn sie uns zusätzlich freiwillig die Diagnose Ihres Kindes nennen würden. Dies erleichtert uns die Vermittlung spezifischer Kontakte. Vielen Dank!

### Diagnose:


Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zum Austausch unter den Vereinsmitgliedern weitergeleitet werden dürfen. Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der Verein Fotos von mir und meiner Familie, die im Rahmen von Veranstaltungen des Vereins gemacht werden, zum Zwecke der Veröffentlichung (auch im Internet) verwenden darf.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich alle Rechte und Pflichten, die sich aus der Satzung des Vereins ergeben, an.

**Ort, Datum :\_**

**Unterschrift:\_**

**Sepa-Lastschriftmandat**

Ich/wir ermächtige/n Herzkinder OstFriesland e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die von Herzkinder OstFriesland e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name/Vorname Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	
Name der Bank	

**Ort, Datum:**

**Unterschrift:**

Herzkinder OstFriesland e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ00000491145, die Mandatsreferenz werden wir Ihnen gesondert mitteilen.