



Beitrittserklärung

Aufnahmeantrag zur Aufnahme in den **Förderverein Notfallseelsorge Solingen e.V.**,
c/o Stephan Kunze, Sperlingsweg 36, 42657 Solingen

Hiermit beantrage ich

Anrede	
Vorname	
Nachname	
Wohnhaft in (Adresse)	
Geboren am	
Telefon *	
E-Mail *	

*: Angabe ist freiwillig.

die Aufnahme in den Förderverein Notfallseelsorge Solingen e.V. mit Wirkung zum Nächsten auf die Beitrittserklärung folgenden Monatsersten.

Ich möchte der Satzung des Förderverein Notfallseelsorge Solingen e.V. entsprechend als
 ordentliches Mitglied aktive Notfallseelsorgerin / aktiver Notfallseelsorger
beitreten. Nach der Satzung beträgt der jährliche Mindestbeitrag 120,- EUR ; für aktive Notfallseelsor-
gende mindestens 60,- EUR. Ich möchte meinen Mitgliedsbeitrag auf

.....EUR jährlich oder EUR monatlich bestimmen.

Der gewählte Mitgliedsbeitrag wird jeweils als Jahresbeitrag zum Quartalersten bzw. jeweils als Mo-
natsbeitrag zum Monatsersten nach dem Tag der Aufnahme fällig.

Mir wurde die Einsichtnahme in die gültige Satzung ermöglicht. Mit meiner Aufnahme werden diese
Unterlagen von mir als verbindlich anerkannt.

Ich stimme zu, dass die hier gemachten Daten ausschließlich für organisatorische Zwecke des Förder-
verein Notfallseelsorge Solingen e.V. unter Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung
(DSGVO) und anderen gesetzlichen Datenschutzvorgaben gespeichert und verwendet werden. Die
Rechtsgrundlage dieser Einwilligung bzw. dieser Datenverarbeitung sind die Art. 6 Abs.1 lit. b),
Art. 6 Abs.1 lit. f) bzw. für sensible Daten Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Die Daten werden bei Beendi-
gung der Mitgliedschaft sowie im Falle eines Widerrufs der Einwilligung gelöscht.

Ort und Datum:

Unterschrift des Antragstellers:



SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den **Förderverein Notfallseelsorge Solingen e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Notfallseelsorge Solingen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Daten meiner Bankverbindung	
Vor- und Nachname des Kontoinhabers	
Name des Kreditinstitutes	
BIC	
IBAN	

Ort und Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers: