



Deutscher Hebammenverband e. V.
Postfach 1724
76006 Karlsruhe

Beitrittserklärung für Förderer

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Förderer im Deutschen Hebammenverband e. V.

--	--

Vorname

Name

--	--	--

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

--

Institution / Firma

--	--	--

Telefon

Fax

E-Mail

--	--	--

gewünschtes Eintrittsdatum

Dauer

Befristet (nur Privatpersonen)

1 Jahr 2 Jahre 3 Jahre

Die Mitgliedschaft endet automatisch mit Ablauf des gewählten Zeitraumes ohne dass es einer Kündigung bedarf. Eine vorzeitige Kündigung ist ausgeschlossen. Hiervon unberührt bleibt das Recht der außerordentlichen Kündigung.

unbefristet

Die Mitgliedschaft wird für mindestens ein Jahr beantragt und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

Beitrag

Privatperson (mindestens 50,00 € jährlich)	Juristische Person (mindestens 250,00 € jährlich)
€	€

Zahlungsweise

- Ich überweise meine Beiträge bei Fälligkeit
- Ich nehme am Einzugsverfahren teil

Deutscher Hebammenverband e. V., Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE43DHSV00000607579
 Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Deutschen Hebammenverband e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Deutschen Hebammenverband 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber: (falls abweichend vom Antragsteller)

Vorname und Name _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN _____

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)

Sollte bei Abbuchung das Konto nicht ausreichend gedeckt sein, ein Widerruf Ihrerseits erfolgen bzw. die uns bekannten Bankdaten nicht korrekt sein, ist der Deutsche Hebammenverband e. V. berechtigt, Ihnen die angefallene Rücklastschriftgebühr in Höhe von 13,00 € in Rechnung zu stellen.

Informationen

Ja, ich möchte Informationen seitens des Deutschen Hebammenverband e. V. erhalten

- per Post per E-Mail

Genehmigung zur Veröffentlichung Ihrer Daten

Ich erteile dem Deutschen Hebammenverband die Genehmigung meine folgenden Daten, auf seiner Website www.hebammenverband.de, als Förderer zu veröffentlichen. Die Genehmigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

- Namen in folgender Form _____ (Privatpersonen)
- Firmenlogo: Bitte stellen Sie uns Ihr Logo im Format JPG, (Dateigröße für das Internet optimiert) zur Verfügung.

Datenschutz

Ich bestätige die wahrheitsgemäßen Angaben zu meiner Person/Institution/Firma, die ich dem Deutschen Hebammenverband e. V. zum Zweck der Datenverwaltung zur Verfügung stelle. Ich bin darüber informiert, dass zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften, personenbezogene Angaben durch den Deutschen Hebammenverband e. V. erhoben, verarbeitet und genutzt werden und erteile hierzu mein Einverständnis. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann und dass im Widerrufsfall eine Betreuung meiner Fördererdaten im Sinne der satzungsmäßigen Aufgaben nicht mehr gewährleistet ist.

Ort, Datum

Unterschrift