

Werden Sie Mitglied!

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im
Kinderschutzbund Kreisverband Warendorf e.V.

.....
Vor- und Nachname

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Wohnort

.....
E-Mail-Adresse*

.....
Telefonnummer*

* Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir Sie auch per E-Mail/telefonisch kontaktieren,
können Sie hier Ihre E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer eintragen.

Jahresbeitrag:

☐ **10 Euro** (Beitrag nur
für Kinder und Jugendliche)

☐ **25 Euro**

☐ **Euro**

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich im Januar bis zum Widerruf von meinem Konto abbucht.
Ich/Wir ermächtige/n den **Kinderschutzbund Kreisverband Warendorf e.V.**, Zahlungen
von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir
mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Kinderschutzbund Kreisverband Warendorf e.V.**
auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Meine/unsere Mitgliedschaft
endet durch schriftliche Mitteilung an den Vorstand.

.....
Kontoinhaber

.....
Kreditinstitut

.....
BIC

.....
IBAN

.....
Datum

.....
Unterschrift

Ihre personenbezogenen Daten werden nur verarbeitet, soweit dies zur Verfolgung der
Vereinsziele oder zur Durchführung der Mitgliedschaft erforderlich ist oder Sie Ihre
ausdrückliche Einwilligung erteilt haben. Ausführliche Informationen zum **Datenschutz**
finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.kinderschutzbund-warendorf.de/ds>