

Mitgliedsnummer

## Beitrittserklärung



(wird vom PFAD FÜR KINDER eingetragen)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum PFAD FÜR KINDER - Verein der Pflege- und Adoptivfamilien in Bayern e.V.

Ich trete bei als  Einzelmitglied<sup>1</sup> (zurzeit € 77,00<sup>3</sup>)  
 juristische Person<sup>1</sup> (zurzeit € 77,00<sup>3</sup>)  
 Förderer<sup>1</sup> € \_\_\_\_\_ (mind. € 35,00)

<sup>3</sup> In diesem Beitrag sind die Umlagen für den PFAD Bundesverband der Pflege- und Adoptiveltern e.V. in Berlin enthalten (zurzeit € 25,00)

Der Beitrag ist satzungsgemäß jeweils zum 31. März eines jeden Kalenderjahres fällig.

<b>Name</b> <sup>1</sup>	
<b>Vorname</b> <sup>1</sup>	
<b>Straße, Hausnummer</b> <sup>1</sup>	
<b>Postleitzahl, Ort</b> <sup>1</sup>	
<b>E-Mail-Adresse</b> <sup>1</sup>	
<b>Telefon/Handy</b> <sup>2</sup>	

1 = Pflichtfelder 2 = freiwillige Angabe

Bitte ankreuzen:

- Ich habe das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt.<sup>1</sup>
- Infos per Newsletter erwünscht<sup>2</sup>
- Die Datenschutzerklärung als Anhang ist mir bekannt<sup>1</sup>
- Ich widerspreche ausdrücklich der Weitergabe meiner Daten (ohne Bankdaten) an einen Ortsverein/eine Ortsgruppe in meinem Bereich (siehe Bayernkarte auf der Homepage).

Meinen Austritt muss ich dem Vorstand gegenüber schriftlich erklären. Er ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ablauf des Kalenderjahres zulässig. Die zurzeit gültige Vereinssatzung und deren Nebenordnungen sind mir bekannt.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift



## SEPA-Lastschriftmandat

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt nur in Verbindung mit der Beitrittserklärung und für die Vereinbarungen mit dem Unterzeichner.

Hiermit ermächtige ich den PFAD FÜR KINDER - Verein der Pflege- und Adoptivfamilien in Bayern e.V. - den Mitgliedsbeitrag und ggf. Versicherungsprämien per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom PFAD FÜR KINDER - Verein der Pflege- und Adoptivfamilien in Bayern e.V. - auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Kontoinhaber:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers

### Hinweise:

Dieses Mandat kann ich jederzeit widerrufen.

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.

Ihre Daten werden IT-gestützt unter Beachtung der DSGVO verarbeitet. Bei Mitgliedern werden Name und Anschrift beim PFAD FÜR KINDER LV Bayern e.V. gespeichert und von diesem an die Versender der Fachzeitschrift PFAD AKTUELL und PFAD übermittelt. Ihre Daten werden nicht an andere fremde Dritte weitergegeben.