

Bitte füllen Sie diese Beitrittserklärung möglichst vollständig aus und senden uns diese per Post an die nebenstehende Adresse. Vielen Dank!



Mitgliedsart: (bitte ankreuzen)

Familienmitgliedschaft

Einzelperson

Fördermitglied

Mitgliedsbeitrag pro Jahr: (bitte ankreuzen)

25,00 €  \_\_\_\_\_ € (freiwillige Angabe)

(Der Mindestbeitrag liegt bei 25 EUR / Jahr je Mitgliedsart.)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Strasse

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat / mobil)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Email

**Elterninitiative Herzkranker Kinder e.V.**  
Königstr. 77  
72108 Rottenburg am Neckar

Tel. 07472/9695024

## Beitrittserklärung

Ja, ich/wir möchte(n) Mitglied bei ELHKE e.V. werden.

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bei einer Familienmitgliedschaft, tragen Sie bitte nachfolgend die Namen aller Familienmitglieder ein. Vielen Dank!

Vorname (Name, falls abweichend von obigem Namen)	Geburtsdatum	„Herzkind“ (bitte ankreuzen)
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

Wir geben Ihre Kontaktdaten nur nach vorheriger Rücksprache mit Ihnen an andere betroffene Familien weiter, auch wenn uns Ihre Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Kontaktdaten grundsätzlich vorliegt.

Ihre personenbezogenen Daten sind bei uns gemäß DSGVO gespeichert und werden entsprechend den rechtlichen Vorgaben nur für vereinsbezogene Zwecke genutzt und nach dem Austritt aus dem Verein entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gelöscht.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Verein ELHKE e.V., Anschrift der Geschäftsstelle: Königstr. 77, 72108 Rottenburg, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ELHKE e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften, einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE92ZZZ00000917388

Mandatsreferenznummer: Diese teilen wir Ihnen mit unserem Bestätigungsschreiben mit.