BEITRITTSERKLÄRUNG

Die Mitgliedschaft gilt für:

Familie

Mutter / Vater Titel Vor- und Nachname — Geburtsdatum

Ehegatte(in) / Lebensgefährte(in) — Geburtsdatum

Straße / Hausnummer / Tür

Postleitzahl / Ort

Telefon/Handy Mutter — Telefon/Handy Vater

E-Mail

Im gemeinsamen Haushalt lebende Kinder:

Vor- und Nachname — Geburtsdatum

Vor- und Nachname — Geburtsdatum

Vor- und Nachname — Geburtsdatum

Vor- und Nachname — Geburtsdatum

Datum — Unterschrift

Ein Rechtsanspruch auf Unterstützungen seitens des Vereins ist ausgeschlossen.
Die Unterstützungen des Vereins werden nach Maßgabe der vorhandenen Mittel, im Einzelfall vom Vereinsvorstand nach freiem unanfechtbarem Ermessen, festgesetzt.
Alle Vereinbarungen zwischen den Mitgliedern sind privatrechtlicher Natur. Ein Austritt aus dem Verein ist jederzeit möglich. Die Mitgliedschaft gilt für die gesamte Familie.

Verein rund ums erkrankte Kind
Tag und Nacht erreichbar: 0 664/6 20 30 40
A-4841 Ungenach 51, Tel. 0 7672/84 84
Fax Dw. 25, E-Mail: verein@kib.or.at, www.kib.or.at

Ich bezahle den Mitgliedsbeitrag:

- ◯ monatlich 14,50 Euro mit SEPA-Lastschrift
- ◯ jährlich 174,– Euro
  - ◯ mit SEPA-Lastschrift
- ◯ erhöhter Beitrag nach eigenem Ermessen _____ Euro
  - ◯ monatlich mit SEPA-Lastschrift

Einmalige Aufnahmegebühr 18,– Euro

Von KiB erfahren habe ich durch:

- ◯ Freunde
- ◯ KiB Zeitung
- ◯ Krankenhaus
- ◯ Arzt/Ärztin
- ◯ _____

◯ Ich möchte mich beim Verein KiB engagieren und ersuche um Informationen.

Herzlich Willkommen!

Mit Ihrer Mitgliedschaft unterstützen Sie die Umsetzung der Rechte der kranken Kinder.

Ich ermächtige KiB children care, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von KiB children care auf mein Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. SEPA-Lastschrift-Mandat

Bankinstitut und Ort — BIC — IBAN

Kontoinhaber / Kontoinhaberin

Straße / Hausnummer — Postleitzahl / Ort

Datum — Unterschrift