Antrag auf Mitgliedschaft

DIE CLOWN DOKTOREN E.V.

Liebe Unterstützerin, lieber Unterstützer der Clowndoktoren,

wir freuen uns sehr, dass Sie an einer Mitgliedschaft bei uns – DIE CLOWN DOKTOREN E.V. – interessiert sind. Bitte füllen Sie dazu untenstehenden Antrag aus und senden ihn – am liebsten mit dem beigefügten SEPA Lastschriftmandat, um den Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten – unterschrieben an uns zurück. Sobald Sie aufgenommen wurden, erhalten Sie ein Bestätigungsschreiben, dem auch unsere Satzung beiliegt.

Als Mitglied unterstützen Sie unsere Arbeit nicht nur mit ihrem Mitgliedsbeitrag, für den wir Ihnen automatisch eine Spendenbescheinigung zuschicken. Sie erhalten zukünftig auch einen besonderen Einblick in die Arbeit der Clowndoktoren. Auch haben wir stets ein offenes Ohr, wenn Sie uns hinter den Kulissen mit Rat und Tat zur Seite stehen wollen. Nicht zuletzt freuen wir uns, Sie spätestens bei unserer jährlichen Mitgliederversammlung persönlich begrüßen zu dürfen.

Ja, ich möchte Mitglied bei DIE CLOWN DOKTOREN E.V. werden!

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ **Wohnort:** _____

Geburtstag: _____ **Telefon / Fax:** _____

E-Mail: _____

☐ **Ich bin einverstanden, dass meine Daten für die Dauer der Vereinsmitgliedschaft gespeichert und im Rahmen der Betreuung und Verwaltung der Mitgliedschaft sowie für vereinsbezogene Aktionen und Veranstaltungen genutzt werden. DIE CLOWN DOKTOREN E.V. versichert, dass Mitglieder-Daten nicht an unbefugte Dritte weitergegeben werden.**

☐ **Ich überweise den Mitgliedsbeitrag von 44,00 Euro jährlich am:**

oder

☐ **Ich gestatte – bis auf Widerruf – dem Verein DIE CLOWN DOKTOREN E.V. meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von Euro 44,00 Euro jährlich zum _____ einzuziehen. Das unterzeichnete SEPA-Lastschriftmandat (Ausfertigung für den Zahlungsempfänger) füge ich bei.**

_____

Datum, Unterschrift