Der Kinderschutzbund
Kreisverband Regensburg/Oberpfalz e.V.
Am Singrün 2A
93047 Regensburg

Der Kinderschutzbund
Kreisverband
Regensburg

Beitrittserklärung

Vielen Dank für Ihren Beitritt beim Deutschen Kinderschutzbund Regensburg!
Ich will Mitglied beim Kinderschutzbund Regensburg werden und erkläre hiermit meinen Beitritt.

Persönliche Daten:

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

☐ **35,00 €** **Jahresbeitrag Erwachsene***)

☐ **50,00 €** **Jahresbeitrag Familienmitgliedschaft ***)

Namen der Familienmitglieder:

☐ **15,00 €** **Reduzierter Mitgliedschaftsbeitrag** - Ich bin ehrenamtliche/r Mitarbeiter/in *)

☐ **Freiwilliger Jahresbeitrag ***)

*)Der Beitrag soll widerruflich jährlich durch Lastschrift eingezogen werden.

aktive Funktion im Verein

Bankverbindung für Lastschrift-Verfahren:

Name des Kontoinhabers (falls abweichend)

Name der Bank

IBAN

BIC

Auf die im KSB Regensburg geltenden Datenschutzbestimmungen wurde ich ausdrücklich hingewiesen. Eine schriftliche Ausführung dieser habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift