

## Beitrittserklärung Traum(a)Geburt e.V.

Nachname:		Straße:	
Vorname:		PLZ:	
Geb.-Datum:		Ort:	
Email:		Telefon: (freiwillig)	

Laut aktuell geltender Beitragsordnung kann jedes Mitglied seinen Jahresbeitrag nach eigenem Ermessen selbst festlegen. Es gelten lediglich folgende Mindestbeiträge:

<b><u>Art der Mitgliedschaft:</u></b>	<b><u>Mindestbeitrag:</u></b>	<b><u>mein persönlicher Beitrag:</u></b>
<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft	ab 35€/Jahr	_____ €
<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft <sup>1</sup>	ab 45€/Jahr	_____ €
<input type="checkbox"/> Ermäßigte Mitgliedschaft <sup>2</sup> (für Schüler, Studenten, Auszubildende, Rentner und finanziell eingeschränkte Personen)	ab 20€/Jahr	_____ €

### **Bei Eintritt im 4. Quartal des Jahres (01.10.-31.12.):**

Für das verkürzte erste Beitrittsjahr möchte ich:

- einen verringerten Beitrag von \_\_\_\_\_ € (mind. 50% des Mindestbeitrages) zahlen.
- meinen persönlichen Jahresbeitrag in voller Höhe zahlen.
- Ich möchte meinen Beitritt erst zum 01.01. des Folgejahres erklären.

### **gewünschte Zahlungsart:**

- Lastschriftinzug (bitte ausgefüllte Einzugsermächtigung beifügen)
- Überweisung an TraumaGeburt e.V.,  
IBAN: DE46 4905 0101 0040 1411 29; BIC: WELADED1MIN (Sparkasse Minden-Lübbecke)

### **Bitte bestätigen:**

- Die Satzung, Vereinsordnung und Beitragsordnung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.
- Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

<sup>1</sup> Bitte den ausgefüllten Zusatzbogen „Familienmitglieder“ beifügen. (Voraussetzungen: Siehe Beitragsordnung, Seite 1, §4)

<sup>2</sup> Bitte Nachweis / formlosen Antrag laut Beitragsordnung beifügen. (Voraussetzungen: Siehe Beitragsordnung, Seite 1, §4)