



**NIERE**

**SAAR E.V.**

**NIERE SAAR E.V.**

*Gegründet am 28. April 1974 als Interessengemeinschaft der Dialysepatienten und Nierentransplantierten Saar e.V.*

*Gemeinnütziger Verein  
Gründungsmitglied im Bundesverband Niere e.V.*

**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre/n ich/wir den Beitritt zum Verein Niere Saar e.V. **Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 20 € für die Einzelmitgliedschaft und 30 € für die Partnermitgliedschaft.** Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres beitragsfrei. In besonderen Fällen wird auf Antrag ebenfalls Beitragsfreiheit gewährt. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum 31.12. eines jeden Jahres, unter Einhaltung der Kündigungsfrist von 3 Monaten, möglich. Der Einzug des Mitgliedsbeitrages per Bank erfolgt im April.

Erstes Mitglied	Zweites Mitglied (Familienangehöriger, Partner)
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Tel:	Tel:
E-Mail:	E-Mail:
Datum:                      Unterschrift	Datum:                      Unterschrift

**Fördermitgliedschaft**

Eine Fördermitgliedschaft endet nach einer Kündigung zum 31.12. eines jeden Jahres.  
 Ich/ Wir möchten Fördermitglied beim Verein Niere Saar e.V. werden und fördern den Verein mit  
 50 €        100 €        150 €        200 €        Selbstbestimmter Förderbeitrag ..... €  
 Die Lastschrift soll     monatlich     vierteljährlich (Jan./Apr./Jul./Okt.)     halbjährlich (Apr./Jul.)     jährlich (Apr.) erfolgen.

**SEPA Lastschriftmandat Niere Saar e.V. Dr. Prior-Str. 2, 6676 Dillingen  
 Gläubiger-ID: DE2327300000745000**

**Ich ermächtige Niere Saar e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Niere Saar e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.  
 Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz entspricht der Mitgliedsnummer. Diese wird mir in einem gesonderten Schreiben mitgeteilt.**

Name der Bank: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

**Datenschutzerklärung**

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und der Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Siehe auch §10 Datenschutz und Persönlichkeitsrechte in der Satzung des Niere Saar e.V..

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_