

Aufnahmeantrag

COPCARE

Helfende Hand e.V.



Vorname/Name :	Geburtsdatum :
Straße:	Telefon:
PLZ/Ort:	E-Mail:

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültigen Satzungen, Ordnungen, Beitragssätze und eventuelle Zusatzbeitragssätze des Vereins COPCARE, die Helfende Hand e.V. als verbindlich an. Die Satzung kann auf der Homepage unter www.copcare.de jederzeit eingesehen werden.

Der/ Die Unterzeichnende erklärt durch seine ihre Unterschrift, dass er/sie für den Mitgliedsbeitrag und dessen pünktliche Begleichung gesamtschuldnerisch haftet.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Die automatische Benutzerverwaltung ist online über www.admidio.copcare.de erreichbar und jedes Mitglied erhält einen kennwortgeschützten Zugang zu seinem Profil, das er selbst aktuell hält.

Hiermit erteile ich dem Verein Einzugsermächtigung

Ort : _____

Datum : _____

Unterschrift(en) :

Hinweise zur Beitrittserklärung

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit 24,- € jährlich, die Höhe des Beitrages kann durch Beschluss der zweijährig statt findenden Jahreshauptversammlung geändert werden.

IBAN: DE80342500000005000005

Der Mitgliedsbeitrag ist ab dem Eintritt für das ganze Jahr zu zahlen. Für den Fall des Austritts aus unserem Verein weisen wir darauf hin, dass nach dem Austritt zum 31.12. auch die Beitragspflicht entfällt.

Ich ermächtige den Verein COPCARE, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von COPCARE auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) -----|-----
D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

Datum, Ort

**Den unterschriebenen Ausdruck bitte an Raimund Kasch,
Trabantengasse 2, 01067 Dresden per Post schicken**