

Netzwerk Pflegegewalt e.V.



Antrag auf Fördermitgliedschaft

(bitte vollständig ausfüllen und an untenstehende Anschrift senden)

Ich / Wir beantrage/n hiermit die Fördermitgliedschaft im Verein „Netzwerk Pflegegewalt e.V.“

als juristische Person.

als natürliche Person.

Firma

Vorname und Name
[ggfs. der vertretungsberechtigten Person/en]

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon

E-Mail

Ich / Wir entrichte/n einen jährlichen Förderbeitrag von Euro.

Ich / Wir entrichte/n einen monatlichen Förderbeitrag von Euro.

Hinweise:

- Der Beitrag ist bei jährlicher Zahlung jeweils zum 1. Januar für das laufende Kalenderjahr in voller Höhe, zu Beginn der Fördermitgliedschaft erstmals im Beitrittsmonat zu entrichten.
- Bei monatlicher Zahlung ist der Förderbetrag jeweils zum Monatsersten in voller Höhe, zu Beginn der Fördermitgliedschaft erstmals im Beitrittsmonat zu entrichten.
- Das Fördermitglied hat Anspruch auf Ausstellung einer Spendenbescheinigung sowie auf Wahrnehmung der satzungsgemäßen Mitgliedsrechte.
- Die Fördermitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht schriftlich und fristgemäß zum Jahresende gekündigt wird (vgl. § 9 Abs. 3 der Satzung).

Netzwerk Pflegegewalt e.V. Reetwerder 25 d 21029 Hamburg

Telefon: 040 - 540 90 861 Fax: 040 - 22 63 19 61 Mail: desk@netzwerkpflegegewalt.de www.netzwerkpflegegewalt.de

Hamburger Sparkasse: IBAN: DE82200505501500887219 BIC: HASPDEHHXXX

Vereinsregister Hamburg 24325 St. Nr. 17/451/10890

- Die Zahlung hat per Überweisung auf nachfolgendes Vereinskonto bei der Hamburger Sparkasse zu erfolgen:

IBAN: DE82200505501500887219

BIC: HASPDEHHXXX

Das Mitglied ist angehalten einen entsprechenden Dauerauftrag bei seinem Kreditinstitut einzurichten.

- Dieser Antrag auf Fördermitgliedschaft wird in Kenntnis und Anerkennung der Satzung sowie der Beitragsordnung des Netzwerk Pflegegewalt e.V. gestellt. Die Mitgliedsdaten werden für die Dauer der Fördermitgliedschaft für vereinsinterne Zwecke gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift der natürlichen Person

[Unterschrift der vertretungsberechtigten Person(en)]

Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft:

Der Netzwerk Pflegegewalt e. V., einzeln vertreten durch den/die Vorsitzende oder durch zwei andere Vorstandsmitglieder gemeinschaftlich, bestätigen die Aufnahme als Mitglied des Netzwerk Pflegegewalt e.V.. Die Satzung wurde ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Netzwerk Pflegegewalt e.V.

Netzwerk Pflegegewalt e.V. Reetwerder 25 d 21029 Hamburg

Telefon: 040 - 540 90 861 Fax: 040 - 22 63 19 61 Mail: desk@netzwerkpflegegewalt.de www.netzwerkpflegegewalt.de

Hamburger Sparkasse: IBAN: DE82200505501500887219 BIC: HASPDEHHXXX

Vereinsregister Hamburg 24325 St. Nr. 17/451/10890