

Ihre Mitgliedschaft

**JA, ich möchte den Verein „ Der Kinderschutzbund
Orts- und Kreisverband Ludwigsburg e.V.“
unterstützen:**

Ich möchte aktiv mitarbeiten und bitte um nähere Informationen
Ich werde Mitglied beim Verein „ Der Kinderschutzbund Orts-
und Kreisverband Ludwigsburg e.V.“ ab _____

Ich zahle einen Jahresbeitrag von EUR _____
(Mindestbetrag EUR 30,—)

Name

Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Beruf

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Bitte buchen Sie meinen Jahresbeitrag widerruflich von meinem
Konto ab:

IBAN

BIC / Kreditinstitut

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert, verarbeitet und an den Dachverband übermittelt werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder, die Versendung der Mitgliederzeitschrift sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

.....

Ort, Datum, Unterschrift