

## Ihre Mitgliedschaft

**JA, ich möchte den Deutschen Kinderschutzbund  
Orts- und Kreisverband Ludwigsburg e.V.  
unterstützen:**

Ich möchte aktiv mitarbeiten und bitte um nähere Informationen  
Ich werde Mitglied beim Deutschen 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