Bitte füllen Sie in dem Formular alle Datenfelder aus, insbesondere Name und Adresse. Ansonsten ist es uns nicht möglich, Ihren Wunsch zu bearbeiten.

**Beitrittserklärung und Aufnahme als förderndes Mitglied in den Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V.**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |       |
| Vorname |       |
| Straße |       |
| PLZ |       |
| Ort |       |
| Land |       |
| Telefon |       |
| Fax |       |
| E- Mail |       |
| Homepage |       |

[ ]  Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft als Fördermitglied im Bundesverband Verwaiste

 Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V.

[ ]  Ich erkenne die Satzung in ihrer jeweiligen Fassung des Bundesverbandes Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V. an.

[ ]  Mit dem Lastschrifteinzug des Mitgliedsbeitrages erkläre ich mich / wir uns einverstanden.

[ ]  Mit meiner Unterschrift unter dieser Beitrittserklärung bin ich mit der satzungsgemäßen Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke entsprechend der Europäischen Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) Artikel 6, Absatz 1 und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN |       |
| BIC Code |       |
| Kreditinstitut |       |
| Jahresbeitrag(Fördermitglied mind. 40,00 €) |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum |       | Unterschrift |       |

**Bitte senden Sie den Antrag unterschrieben zurück an:**

Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V.

Roßplatz 8a

04301 Leipzig

oder per E- Mail an: kontakt@veid.de oder Fax an: 0341 9023490