



## ANTRAG MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im Verein Ambulante Versorgungsbrücken e. V.:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Antragsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Newsletter: ja \_\_\_ nein \_\_\_ DSGVO:

**Mitgliedschaft eine Person** **60,00 €**

+ Bearbeitungsgebühr (einmalig) **30,00 €**

**Kulturmitgliedschaft** **39,00 €** <sup>[1]</sup>

+ Bearbeitungsgebühr (einmalig) **11,00 €**

[2] Ich bin informiert, dass für die Nutzung von Wohlfühlanrufen eine Aufwandsentschädigung fällig wird. Weitere Einzelheiten (Anzahl der Anrufe und Höhe, etc.) werden in einer separaten Vereinbarung festgehalten.

## Einzugsermächtigung

Bank:: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Mitglied/Kontoinhaber/in/.: \_\_\_\_\_

Ort/ Datum, \_\_\_\_\_

**Die Einzugsermächtigung kann innerhalb von vier Wochen widerrufen werden.**

Die AGB liegen in der Geschäftsstelle aus.

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! „Danke!“**

1) **Bezieher v. Grundsicherung: Bitte den Bescheid beifügen. „Herzlichen Dank!“**