



## ANTRAG MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich eine Familienmitgliedschaft im Verein Ambulante Versorgungsbrücken e. V.

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

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

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

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

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

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

**Familienmitgliedschaft 85,00 €**

(Unter einer Adresse erreichbar)

**+ Bearbeitungsgebühr (einmalig) 35, 00 €**

**Kulturmitgliedschaft 55,00 € (1)**

**+ Bearbeitungsgebühr 20,00 € (1)**

Ich bin d informiert, dass für die Nutzung von Wohlfühlrufen eine Aufwandsentschädigung zu entrichten ist. Weitere Einzelheiten (Anzahl der Anrufe, Aufwandsentschädigung etc. ) werden in einer Vereinbarung separat vereinbart.

### Einzugsermächtigung

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

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

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

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

**Die Einzugsermächtigung kann innerhalb von vier Wochen widerrufen werden. Die AGBs liegen in der Geschäftsstelle aus.**

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! „Danke!“** <sup>1)</sup> Sie beziehen Grundsicherung? Bitte den Bescheid beifügen. „Herzlichen Dank!“