

## Antrag auf eine Familienmitgliedschaft

Profitieren Sie von unseren Leistungen:



Hiermit beantrage ich eine Familienmitgliedschaft im Verein Ambulante Versorgungsbrücken e. V. (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Beiträge (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Jahresbeitrag (12 Mon.)<sup>1</sup> für eine Familienmitgliedschaft: **85,00 €**  
(Unter einer Adresse erreichbar)  
+  
eine einmalige Bearbeitungsgebühr in Höhe von: **35,00 €**  
**Gesamt: 120,00 €**

### oder

- Jahresbeitrag (12 Mon.) für eine Kulturmitgliedschaft<sup>2</sup>: **55,00 €**  
+  
eine einmalige Bearbeitungsgebühr in Höhe von: **20,00 €**  
**Gesamt: 75,00 €**

<sup>1</sup> Die Jahresgebühr gilt für ein Mitgliedsjahr. Das Mitgliedsjahr beginnt im Eintrittsmonat des laufenden Jahres und endet im Vormonat des nächsten Jahres.

<sup>2</sup> Nur für Bezieher von Grundsicherung (z.B. Sozialhilfe, ALG II). Bitte als Nachweis einen aktuellen Bescheid beifügen. Herzlichen Dank!

Stand: August 2019



### Zusätzliche Interessen/Wünsche

Ich bin an der Zusendung eines regelmäßigen Newsletters per Mail interessiert (bitte Zutreffendes ankreuzen):

ja:                       nein:

Ich bin an der schriftlichen Zusendung von Informationen zur Nutzung meiner persönlichen Daten im Rahmen der Vereinsarbeit, gemäß neuer Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), interessiert (bitte Zutreffendes ankreuzen):

ja:                       nein:

Ich bin darüber hinaus an den Wohlfühlrufen<sup>3</sup> des Vereins interessiert (bitte Zutreffendes ankreuzen):

ja:                       nein:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein Ambulante Versorgungsbrücken e. V. fällige Beiträge per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

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

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

Die Einzugsermächtigung kann innerhalb von vier Wochen widerrufen werden. Die AGB liegen zur Einsichtnahme in der Geschäftsstelle aus.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

**Möchten Sie unsere weiteren Angebote kennenlernen, so melden Sie sich gerne bei uns unter:**

**0421/ 69 64 200 &  
0163/443 00 20**

**Wir sind gerne für Sie da!**

<sup>3</sup> Für die Nutzung von Wohlfühlrufen wird eine Aufwandsentschädigung fällig. Für Mitglieder des Vereins ist allerdings ein Anruf pro Woche kostenfrei. Weitere Einzelheiten (Anzahl der Anrufe, Kosten etc.) werden in einer separaten Vereinbarung festgehalten.

Stand: August 2019