



## Antrag für eine Einzelmitgliedschaft

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

### Persönliche Daten

Name

Straße

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon

Handy

E-Mail



### Beiträge

Jahresbeitrag<sup>1</sup> (12 Mon.) für eine Einzelmitgliedschaft: 60 Euro 60,00 €

+ eine einmalige Bearbeitungsgebühr in Höhe von: 35 Euro 35,00 €

**Gesamt: 95 Euro 95,00 €**

oder

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

Stand: Februar 2021



Ambulante  
Versorgungsbrücken e. V.

<input type="checkbox"/>	Jahresbeitrag (12 Mon.) für eine Kulturmitgliedschaft <sup>2</sup> : 39 Euro	39,00 €
	+ eine einmalige Bearbeitungsgebühr in Höhe von: 11 Euro	<u>11,00 €</u>
	<b>Gesamt: 50 Euro</b>	<b><u>50,00</u></b>

### 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

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

<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: Februar 2021*

Ambulante Versorgungsbrücken e. V.  
Humboldtstraße 126  
28203 Bremen

**USt-IdNr:** VR 7366 HB  
**Steuernummer:**  
460/145/09958  
**Vorständin:** Ricarda Möller

Sparkasse Bremen  
**IBAN:** DE69 2905 0101 0080 1865 62  
**BIC:** SBREDE22XXX



Ambulante  
Versorgungsbrücken e. V.

## Einzugsermächtigung

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

Kontoinhaber\*in: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

*Stand: Februar 2021*

Ambulante Versorgungsbrücken e. V.  
Humboldtstraße 126  
28203 Bremen

**USt-IdNr:** VR 7366 HB  
**Steuernummer:**  
460/145/09958  
**Vorständin:** Ricarda Möller

Sparkasse Bremen  
**IBAN:** DE69 2905 0101 0080 1865 62  
**BIC:** SBREDE22XXX