



Antrag für eine Familienmitgliedschaft

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

Persönliche Daten

Name

Straße

PLZ

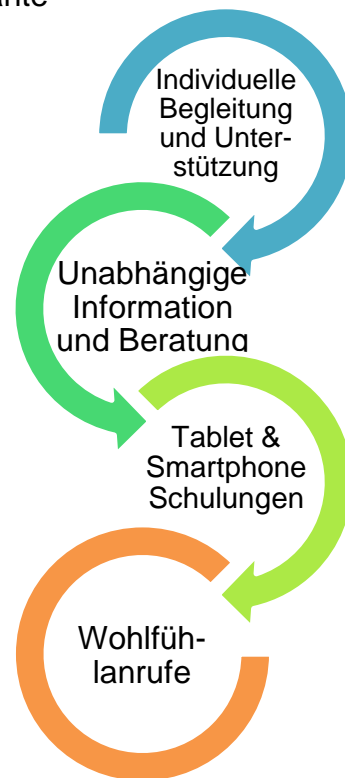
Ort

Geburtsdatum

Telefon

Handy

E-Mail



Beiträge

| | | |
|--------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jahresbeitrag ¹ für eine Familienmitgliedschaft ² : | 85,00 € |
| | + eine einmalige Bearbeitungsgebühr in Höhe von: | <u>35,00 €</u> |
| Gesamt: | | <u>120,00 €</u> |

oder

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

² Die Familienmitgliedschaft ist nur wählbar, wenn die beteiligten unter einer Adresse erreichbar sind. Ansonsten müssen jeweils separate Einzelmitgliedschaften abgeschlossen werden.

Stand: Februar 2021



Ambulante
Versorgungsbrücken e. V.

| | | |
|--------------------------|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jahresbeitrag für eine Kulturmitgliedschaft ³ : | 55,00 € |
| | + eine einmalige Bearbeitungsgebühr in Höhe von | <u>20,00 €</u> |
| Gesamt: | | <u>75,00 €</u> |

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 Wohlfühlrufen⁴ des Vereins interessiert (bitte Zutreffendes ankreuzen):

ja: nein:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

³ Nur für Bezieher von Grundsicherung (z.B. Sozialhilfe, ALG II). Bitte als Nachweis einen aktuellen Bescheid beifügen. Herzlichen Dank!

⁴ 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