



**Der Kinderschutzbund
Ortsverband Leverkusen e.V.**

Bracknellstr. 32
51379 Leverkusen
Telefon 02171 581478
www.dksb-leverkusen.de

Beitrittserklärung	Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats
Mit meiner Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zum Kinderschutzbund Ortsverband Leverkusen e. V. und bin ich bereit, den unten angegebenen Betrag (mindestens 40,00 €) jährlich zu bezahlen. Ich werde mich mindesten 1x pro Monat in einem Projekt des DKSB engagieren und möchte vom Jahresbeitrag gem. Beschluss der Mitgliederversammlung vom 11.06.2026 befreit werden. Ich werde mindestens 1x monatlich ehrenamtlich tätig sein und möchte trotzdem ich den unten angegebenen Betrag jährlich bezahlen. Die Zeitschrift „Kinderschutz aktuell“ wird mir ¼-jährlich kostenlos zugeschickt. Mein Jahresbeitrag in Höhe von _____ EURO soll widerruflich jährlich durch SEPA-Lastschrift gemäß meinen Angaben eingezogen werden. Vorname: _____ Nachname: _____ Geboren am _____ Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____ Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____ Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert, verarbeitet und an den Dachverband übermittelt werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder, die Versendung der Mitgliederzeitschrift sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich ist. Ich bin bereit, aktiv in einem der Projekte des DKSB mitzuarbeiten und bitte um nähere Informationen. Ich interessiere mich für weitere Informationen über den Kinderschutzbund Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____	Zahlungsempfänger: Der Kinderschutzbund Ortsverband Leverkusen e.V. Bracknellstr. 32 51379 Leverkusen Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00001149907 Mandatsreferenz: _____ (= Mitgliedsnummer, wird vom Verein eingetragen) Mit meiner/unserer Unterschrift ermächtige(n) ich/wir den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann / wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: einmal jährlich Betrag: _____ Euro Zahlungspflichtiger: ☐ identisch mit Mitgliedsdaten, ☐ oder: Vorname: _____ Nachname: _____ Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____ Kontoinhaber Vorname: _____ Nachname: _____ IBAN: _____ BIC: _____ Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____