

# Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte alle Felder ausfüllen



Vorname

Nachname

Firma/Institution

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

## **Mitgliedsstatus**

Einzelmitglied, Jahresbeitrag 60,00€ (Stand 2026)

Familienmitglied, Jahresbeitrag 30,00€ (Stand 2026)

Juristische Person (Firma, Institution), Jahresbeitrag 120,00€ (Stand 2026)

## **Einzugsermächtigung mit SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich den Verein Traumakinder e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen. Die Abbuchung erfolgt jährlich zu Beginn des Februars.

Kontoinhaber:in

Kreditinstitut

IBAN

BIC

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



### **Hinweis zur Mitgliederversammlung per Videokonferenz**

Die Einladung zur Mitgliederversammlung erhalten Sie satzungsgemäß per E-Mail. Die Mitgliederversammlungen finden bevorzugt per Videokonferenz statt (Alfaview oder ein vergleichbares Programm). Für die Teilnahme benötigen Sie einen Internetanschluss, einen Computer mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher oder Headset.

### **Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung**

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung und Nutzung meiner Daten für die Mitgliederverwaltung ein. Ich habe das Recht, Auskunft über meine Daten einzufordern und kann dieses Einverständnis jederzeit widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift