

Beitrittserklärung



Ich melde mich als Mitglied des Caritasverbandes für den Landkreis Deggendorf e.V. an.

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____

Geburtsdatum _____

„Hiermit erkläre ich mich nach Art. 6 Abs. 1 lit. A DS-GVO freiwillig damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten sowohl an den Caritasverband für die Diözese Passau e.V., den Caritasverband für die Diözese Regensburg e.V., als auch an den Deutschen Caritasverband e.V., übermittelt werden zum Zweck der Übersendung des Caritas Magazins „Sozialcourage“ an meine Adresse. Diese Einwilligung kann ich gemäß Art. 21 DS-GVO jederzeit für die Zukunft widerrufen.“

Ich bin bereit, durch einen jährlichen **Beitrag von Euro _____** die vielfältigen Aufgaben sozialcaritativer Hilfe mitzutragen (siehe nebenstehende Mindestbeiträge)

Regelbeitrag:

jährlich mindestens 12,00 EUR

Ermäßigter Beitrag:

jährlich mindestens

für Ehegatten je 8,00 EUR

für Mitglieder kath. Vereine 8,00 EUR

Die Caritasarbeit durch ehrenamtliche Mitarbeit zu fördern

Ort und Datum.....

Unterschrift.....
(gegebenenfalls auch die Unterschrift des Ehegatten)

Keinen Beitrag an den Kreis-Caritasverband leisten:

1. Mitglieder eines dem Caritasverband angeschlossenen Fachverbands
2. Mitglieder eines caritativen Vereins, die Ihren Beitrag direkt dorthin leisten
3. Mitglieder, die das Caritaswerk durch ehrenamtliche Mitarbeit fördern
4. Ordensleute
5. Mitglieder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
6. Und Mitglieder in der Berufsausbildung

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Name, Vorname: _____

Gläubiger Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000927775

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige hiermit den Caritasverband Deggendorf e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Den Mitgliedsbeitrag buchen wir jährlich bis auf Widerruf im Februar von Ihrem Konto ab.

IBAN _____, der BIC _____,

bei der Name und Sitz der Bank _____

Ort und Datum

Unterschrift