

# Beitrittserklärung



Mutter / Vater Titel, Vor- und Nachname Geburtsdatum

Straße / Hausnummer / Tür

Postleitzahl / Ort

Telefon / Handy

E-Mail

Partner\*in, Vor- und Nachname Geburtsdatum

## Im gemeinsamen Haushalt lebende Kinder:

Vor- und Nachname Geburtsdatum

Vor- und Nachname Geburtsdatum

Vor- und Nachname Geburtsdatum

Vor- und Nachname Geburtsdatum

## Verein rund ums erkrankte Kind

Tag und Nacht erreichbar: 0664 6203040  
A-4841 Ungenach 51, Tel. 07672 8484  
verein@kib.or.at, [www.kib.or.at](http://www.kib.or.at)

## Ich bezahle den Mitgliedsbeitrag:

- monatlich 16,50 Euro mit \*SEPA-Lastschrift
- jährlich 198,- Euro
  - mit \*SEPA-Lastschrift
  - mit Zahlschein
- erhöhter Beitrag nach eigenem Ermessen  
\_\_\_\_\_ Euro monatlich mit \*SEPA-Lastschrift  
\_\_\_\_\_ Euro jährlich mit Zahlschein

Beitrag ab  
01.01.2024

## Einmalige Aufnahmegebühr 18,- Euro

## Von KiB erfahren habe ich durch:

- Bekannte, Freunde
- Presse, soziale Medien
- Krankenhaus
- Arzt\*Ärztin, Apotheke
- \_\_\_\_\_

Ich habe die Datenschutzerklärung von KiB children care zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dieser einverstanden.

Ein Rechtsanspruch auf Unterstützungen seitens des Vereins ist ausgeschlossen. Die Unterstützungen des Vereins werden nach Maßgabe der vorhandenen Mittel, im Einzelfall vom Vereinsvorstand, nach freiem unanfechtbarem Ermessen, festgesetzt. Alle Vereinbarungen zwischen den Mitgliedern sind privatrechtlicher Natur. Ein Austritt aus dem Verein ist jederzeit möglich. Die Mitgliedschaft gilt für die gesamte Familie.



## Herzlich willkommen!

Datum

Unterschrift

Ich ermächtige KiB children care, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von KiB children care auf mein Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.

\*SEPA-Lastschrift-Mandat

Bankinstitut und Ort

BIC

IBAN

Kontoinhaber\*in

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Ort

Datum

Unterschrift