



die lobby für kinder

DKSB OV Burgdorf e.V. • Hann. Neustadt 32 • 31303 Burgdorf



## Deutscher Kinderschutzbund

Ortsverband Burgdorf e.V.

Hannoversche Neustadt 32  
31303 Burgdorf  
Telefon 05136 - 21 31  
Telefax 05136 - 97 16 86

[kinderschutzbund-burgdorf@t-online.de](mailto:kinderschutzbund-burgdorf@t-online.de)

[www.kinderschutzbund-burgdorf.de](http://www.kinderschutzbund-burgdorf.de)

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Kinderschutzbund OV Burgdorf e.V. Ich bin bereit, einen jährlichen Mindestbeitrag in Höhe von 25,00 EUR oder \_\_\_\_\_ EUR zu zahlen.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am : \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist der kostenlose Bezug unserer Mitgliederzeitschrift „Kinderschutz aktuell“

- Ja**, ich möchte die Mitgliederzeitschrift erhalten.
- Nein**, ich möchte die Mitgliederzeitschrift nicht erhalten.

Unterstützen Sie unsere Arbeit

- durch Ihre Mitgliedschaft und/oder
- durch Ihre Spende und/oder
- durch Ihre Patenschaft und/oder
- durch Ihr ehrenamtliches Engagement

Beiträge und Spenden sind steuerabzugsfähig. Wegen einer Spendenbescheinigung sprechen Sie uns bitte an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



- Ich werde den Jahresbeitrag auf das Konto des Deutschen Kinderschutzbundes OV Burgdorf e.V. überweisen:

Stadtsparkasse Burgdorf

IBAN : DE83 2515 1371 0100 0640 88 SWIFT-BIC: NOLADE21BUF

- **SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften:**

Deutscher Kinderschutzbund OV Burgdorf e.V., Hann.Neustadt 32, 31303 Burgdorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 53 ZZZ 00000180987

Mandatsreferenz: Wird Ihnen mitgeteilt

### **SEPA – Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Deutschen Kinderschutzbund OV Burgdorf e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Kinderschutzbund OV Burgdorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC, acht oder elf Stellen)

IBAN: DE\_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**