



Zu den Linden 4  
56843 Irmenach  
Tel.: 0152 36603874  
E-Mail: [tierhilferheinmosel@gmail.com](mailto:tierhilferheinmosel@gmail.com)  
[www.tierhilfe-rhein-mosel.de](http://www.tierhilfe-rhein-mosel.de)

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Tierhilfe Rhein-Mosel e.V., Zu den Linden 4, 56843 Irmenach, Eintrag beim Amtsgericht Wittlich Nr. VR 41862.

|             |       |           |       |
|-------------|-------|-----------|-------|
| Name:       | _____ | Vorname : | _____ |
| Geb.-Datum: | _____ | Straße:   | _____ |
| PLZ:        | _____ | Ort:      | _____ |
| Telefon:    | _____ | E-Mail:   | _____ |

- Mitgliedschaft:  
Der Beitrag ist bei Aufnahme fällig. Die Mitgliedschaft beträgt 12 Monate und verlängert sich, ohne ordentliche Kündigung, um ein weiteres Jahr. Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt monatlich € 10,00.- / vierteljährlich € 30,00.- / halbjährlich € 60,00.- und jährlich € 120,00.-.

monatlich       vierteljährlich       halbjährlich       jährlich

- Förderungsmitgliedschaft ( ab € 5,00.- monatlich, kündbar monatlich)

€ 5,00.-       € 10,00.-       € 15,00.-       € 20,00.-       Mein  
Wunschbetrag  
€ \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), bin ich einverstanden.

- Ich möchte regelmäßig ( nicht öfter als ein mal im Monat ) über aktuelle Aktionen und Vereinstätigkeiten per E-Mail informiert werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (des gesetzl. Vertreters)



Zu den Linden 4  
56843 Irmenach  
Tel.: 0152 36603874  
E-Mail: [tierhilferheinmosel@gmail.com](mailto:tierhilferheinmosel@gmail.com)  
[www.tierhilfe-rhein-mosel.de](http://www.tierhilfe-rhein-mosel.de)

### **Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats**

Ich ermächtige den Tierhilfe Rhein-Mosel e.V., Zu den Linden 4, 56843 Irmenach

IBAN: DE 27 5875 1230 0032 9162 98

Sparkasse Morbach BIC: MALADE51BKS

Gläubiger ID: DE 34 ZZZO 0002 3838 11

von meinem Konto mittels Lastschrift den oben genannten Beitrag einzuziehen.

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.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

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

BIC: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Eine Spendenbescheinigung für Ihre Steuererklärung wird Ihnen rechtzeitig zugeschickt.