

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

meine Aufnahme in den Verein **DoVira Help Foundation e.V.**

### Meine Kontaktdaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Aufnahme als

O ordentliches Mitglied (aktive Mitgliedschaft)

O Fördermitglied (passive Mitgliedschaft)

mit einem Jahresbeitrag in Höhe von

O EUR 60,00 (normaler Beitrag).

Ich beantrage die Mitgliedschaft zum ermäßigten Beitragssatz in Höhe von

O EUR 30,00 (Empfänger:in von Bürgergeld oder Grundsicherung, Behinderte, Schüler:in, Auszubildende, Student:in) gegen Vorlage eines Nachweises

O EUR 12,00 (Kind im Alter von 12 – 17 Jahren) gegen Vorlage eines Nachweises.

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich fällig zum ersten Werktag des Monat Januar. Im Jahr des Mitgliedsbeitritts wird der Betrag fällig mit Zugang der Mitgliedsbescheinigung.

O Den Nachweis zur Berechtigung der Beitragsermäßigung füge ich dem Antrag bei.

O Ich habe die beigefügten Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und verstanden.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. des/der gesetzlichen Vertreter\*in)