



**Beitrittserklärung** – Club- oder Organisation - Zusendung an obige Anschrift per Mail, Post oder Foto.

Hiermit erkläre ich den Beitritt von \_\_\_\_\_ Mitgliedern meines Clubs / meiner Organisation zur  
Rotary Action Group for Reproductive, Maternal and Child Health (RMCH) – German Section e.V.:

Name, Vorname		Feld für vereinsinterne Bearbeitung
Straße, PLZ, Ort		
E-Mail-Adresse:		
Ich handele im Namen des RC-, RAC, IWC oder der Organisation:	Distrikt- und Club-Nummer (falls vorhanden):	
Optional: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		

- Für die Abbuchung per SEPA-Lastschrift des Mitgliedsbeitrages pro Mitglied von jährlich 12,50 € (Rotaract-Mitglieder, Auszubildende und Studierende 6,25 €) oder eines freiwillig höheren Betrages von jährlich \_\_\_\_\_ € erteile ich hiermit meine Zustimmung.
- Für die Abbuchung per SEPA-Lastschrift des einmaligen Mitgliedsbeitrages von 125 € (Rotaract-Mitglieder, Auszubildende und Studierende 50 €) oder eines freiwilligen höheren Betrages von € \_\_\_\_\_ für eine lebenslange Mitgliedschaft erteile ich hiermit meine Zustimmung.

Konto (IBAN)	D	E																				
	LKZ		Prüfziffer		Bankzeitzahl								Konto-Nr. (mit 0 auffüllen)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Ein Zuwendungsbescheinigung wird ausgestellt bei Beträgen ab € 300,00. Der Einmal-Betrag für eine lebenslange Mitgliedschaft, kann auch auf das unten angegebene Konto überwiesen werden.

Bemerkungen (ggf. auch auf der Rückseite):

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erkläre weiterhin, dass ich mit der Speicherung obiger Daten zur Verwaltung meiner Mitgliedschaft einverstanden bin. Zusätzliche Informationen sind unserer Datenschutzerklärung ([www.rotary-rmch.de](http://www.rotary-rmch.de)) zu entnehmen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: