



**Klang und Leben**  
music for the moment

## Beitrittserklärung

(für Pflegeeinrichtungen im Gesundheitswesen)

Hiermit erkläre ich als gesetzlicher Vertreter für die nachfolgende Einrichtung den Beitritt als Fördermitglied zum Verein Klang und Leben e.V., Meierwiesen 23, 30657 Hannover (VR 201858), und erkenne die Satzung des Vereins Klang und Leben e.V. an.

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Jahresbeitrag (frei wählbar, mindestens € 100,00): \_\_\_\_\_

### **Beginn der Mitgliedschaft / Beitragsberechnung:**

Als Eintrittsdatum gilt das Datum der Unterschrift. Die Beitragsberechnung beginnt ab dem Eintrittsdatum.

### **Austritt / Kündigung:**

Der Austritt aus dem Verein kann nur durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand erfolgen. Er ist nur zum Ende eines Quartals unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 14 Tagen gültig.

**Datenspeicherung:**

Das Mitglied und der Zahlungspflichtige sind damit einverstanden, dass ihre Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Zahlungsarten (Bitte ankreuzen):**

- SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)
- Rechnung
- Dauerauftrag auf das Vereinskonto   
(IBAN DE87 2505 0180 0910 1502 14)

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:**

Zahlungsempfänger: Klang und Leben e.V., Meierwiesen 23, 30657 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 52 ZZZ 00001025390

Mandatsreferenz (wird von Klang und Leben e.V. ausgefüllt): \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung):**

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger Klang und Leben e.V. widerruflich den Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € mittels Lastschrift vom nachfolgend genannten Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Klang und Leben e.V. von diesem 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.

**Zahlungspflichtiger:**

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

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

Name der Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Kontobevollmächtigter