



wir pflegen in Niedersachsen e. V.
c/o Christiane Hüppe
Siegelweg 58
30519 Hannover

per E-Mail an vorstand@nds.wir-pflegen.net

Mitgliedsantrag

Antragsteller (ggfs. Ansprechpartner einer Selbsthilfegruppe („SHG“)) *freiwillige Angaben

Vor- und Nachname	
ggfs. Name der SHG	
Adresse	
Telefon (privat, mobil, dienstl.)*	
E-Mail (privat, dienstl.)*	
Geburtsjahr*	

Mitgliedschaft (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Ich möchte im Landesverein wir pflegen in Niedersachsen e. V. Mitglied werden
<input type="checkbox"/>	Ich möchte gleichzeitig im Bundesverband wir pflegen e. V. Mitglied werden
	<i>Doppelmitgliedschaft ist üblich, Beitragszahlung erfolgt <u>nur</u> an den Landesverein.</i>

Form der Mitgliedschaft (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	natürliche Person	<input type="checkbox"/>	Fördermitglied
<input type="checkbox"/>	SHG (Beitrag = € 50,00 pro Jahr)		

Mitgliedsbeitrag (bitte ankreuzen)

Beitrag	davon anteiliger SoliFonds (s. u.)	Beitragszahlung gem. Beitragsordnung		
		Jährlich	½-jährlich	¼-jährlich
10 €* 30 €				
60 €	(30 €)			
120 €	(60 €)			
240 €	(120 €)			
Ich bitte um Finanzierung meines Beitrags aus dem Soli-Fonds				

* ermäßigter Beitrag für Personen in Ausbildung oder mit Sozialeinkommen



Beitragszahlung

Ich zahle meinen Beitrag auf das Konto von <i>wir pflegen in Niedersachsen e. V.</i> : Sozialbank IBAN: DE45 3702 0500 0020 1789 11, BIC: BFSWDE33XXX)	
	per Überweisung (Sie überweisen direkt)
	per Dauerauftrag (Sie geben den Auftrag an Ihre Bank)
	per SEPA-Mandat (Wir ziehen den Beitrag ein)
Ich ermächtige <i>wir pflegen in Niedersachsen e. V.</i> (Siegelweg 58, 30519 Hannover), meinen Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, die von <i>wir pflegen in Niedersachsen e. V.</i> auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	
Kontoinhaber*in	
Adresse	
Bank	
IBAN / BIC	

Hinweis: Vor einer SEPA-Lastschrift des jährlichen Gesamtbeitrags informiert *wir pflegen in Niedersachsen e.V.* zeitnah mit Angabe der Mandatsreferenznummer schriftlich/per Mail. Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Rückerstattung des belasteten Betrags verlangt werden. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Einzugsverfahren: Bei Fehlbuchungen entstehen erhebliche Kosten. Wenn Sie sich für das SEPA-Mandat entscheiden, informieren Sie uns bitte rechtzeitig bei Änderungen oder vor Rückbuchungen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Kontoinhaber*in)

Meine Erfahrungen im Pflegebereich (Angaben sind freiwillig.)

Aktiv oder ehemals ... (Mehrfachnennung ist möglich)	<input type="checkbox"/>	Pflegende*r oder begleitende*r An- oder Zugehörige
	<input type="checkbox"/>	in beruflicher Funktion tätig
	<input type="checkbox"/>	in wissenschaftlicher Funktion tätig
<input type="checkbox"/>		Ich habe keine Erfahrung mit Pflege



Mitgliederschreiben / Informationen / Newsletter

Ich wünsche Informationen per ...	<input type="checkbox"/>	E-Mail
	<input type="checkbox"/>	Postalisch
Ich möchte <u>keine</u> Informationen	<input type="checkbox"/>	

Spendenbescheinigung (auch für Beiträge)

Ich wünsche eine ...	<input type="checkbox"/>	vereinfachte Zuwendungsbestätigung
	<input type="checkbox"/>	Spendenquittung
Ich benötige <u>keinen</u> Nachweis	<input type="checkbox"/>	

Eine „vereinfachte Zuwendungsbestätigung“ kann mit Ihrem Kontoauszug beim Finanzamt eingereicht werden (das ist bis zu 300 € möglich) und reduziert unseren Aufwand.

Datenschutz

Ich bin mit der Speicherung und elektronischen Verarbeitung meiner Daten und der Kontaktaufnahme durch ein vom Vorstand beauftragtes Mitglied einverstanden. Ich habe mein Recht auf Widerruf (telefonisch, per E-Mail oder per postalisch an die Vereinsverwaltung, zur Kenntnis genommen.

Die Mitgliederverwaltung erfolgt elektronisch über die online-Software webling (Schweiz). Unsere allgemeine Datenschutzrichtlinie finden Sie auf unserer Homepage (Impressum)

Ich möchte die nebenstehend <u>angekreuzten</u> Daten für andere Mitglieder von wir pflegen freigeben. (z. B. für Kontakt untereinander, Bildung von Selbsthilfegruppen, ...)	<input type="checkbox"/>	Name
	<input type="checkbox"/>	Ort
	<input type="checkbox"/>	Straße + Hausnummer (Adresse)
	<input type="checkbox"/>	Telefon
	<input type="checkbox"/>	E-Mail

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift (Antragsteller*in)

Bitte senden Sie Ihren Mitgliedsantrag postalisch oder per E-Mail an vorstand@nds.wir-pflegen.net.

Haben Sie Fragen zu diesem Antrag oder benötigen Unterstützung?

Die Mitgliederverwaltung ist telefonisch zu erreichen (Frau Rothe 0172 1064 664, mit AB). Wenn Sie diesen Antrag nicht bearbeiten oder drucken können, senden wir Antrag und weitere Informationen zum Verein gerne per Post. Weitere Informationen finden Sie hier – <https://wir-pflegen-niedersachsen.de>

Information zum Solidaritäts-Fonds (Soli-Fonds)

Unser Soli-Fonds wird durch Spenden und die Hälfte aller Jahresbeiträge über 30 € gefüllt. Der



Soli-Fonds kann Vereinsmitgliedern ohne ausreichende finanzielle Mittel die Mitgliedschaft (Übernahme des Beitrags), Reisekosten, oder die Teilnahme an kostenpflichtigen Tagungen, Mitgliedertreffen oder anderen Aktivitäten des Vereins ermöglichen, solange der Soli-Fonds über entsprechende Mittel verfügt.

Doppelmitgliedschaft

Die Mitgliedschaft bei wir pflegen kann in einem Landesverein und/oder im Bundesverein beantragt werden. Landesvereine verwalten die Mitgliedschaft und Beitragszahlungen. Üblich ist die Doppelmitgliedschaft zum selben Preis ohne zusätzliche Kosten.

