

Seite 1 + 2 (ggfs. Seite 3)

bitte im Original (per Post) zurück an:

(oder per eMail an : vv@wir-pflegen.berlin)

Wir Pflegen Berlin e.V.
verwaltung@wir-pflegen.berlin
Alt-Moabit 91 . 10559 Berlin
T 030. 4597 5750
wir-pflegen.berlin
Fax 03212 5133222

Antrag auf Mitgliedschaft	
Name :	
Vorname :	
Straße :	
PLZ / Ort :	

Ich möchte im Verein ‚wir pflegen in Berlin e. V.‘ Mitglied werden.

Ich möchte im Verein ‚wir pflegen e.V.‘ Mitglied werden.

Die Doppelmitgliedschaft ist üblich, die Beitragszahlung erfolgt nur an den Landesverein.

Form der Mitgliedschaft	Telefon :
<i>Bitte eine Auswahl treffen (!)</i> ↓	Mobil :
SHG (= Selbsthilfegruppe) in :	Beruf. :
	E-Mail :
	Geburtsjahr :
<i>Diese Angaben sind freiwillig.</i>	

Mitgliedsbeitrag	davon für den Soli-Fonds (s. Seite 2)	Beitragszahlung		
		jährlich	½ – jährlich	¼ – jährlich
^{x)} 10 €		10 €		
30 €		30 €	15 €	
60 €	30 €	60 €	30 €	15 €
120 €	60 €	120 €	60 €	30 €
240 €	120 €	240 €	120 €	60 €
Ich bitte um Finanzierung meines Beitrags aus dem Soli-Fonds (s. Seite 3)				

^{x)} ermäßigter Beitrag für Personen in Ausbildung, mit Sozialeinkommen, Ansprechpartner einer SHG, ...

Zahlungsart :	auf das Konto
<i>Bitte eine Auswahl treffen (!)</i> ↓	wir pflegen e. V.
	IBAN : DE22 2512 0510 0009 4298 00
	BIC : BFSWDE33HAN
	Bank für Sozialwirtschaft

Ort

Datum

Unterschrift (ggfs. + Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

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 [eMail](#) oder per Briefpost an die Vereinsverwaltung) zur Kenntnis genommen.

Die Mitgliederverwaltung erfolgt elektronisch über die online-Software webling (in der Schweiz). Unsere allg. [Datenschutzrichtlinie](#) finden Sie auf unserer Homepage.

Ich möchte meine nebenstehend angekreuzten Daten für andere Mitglieder von wir pflegen freigeben. (z.B. für Kontakt untereinander, Bildung von Selbsthilfegruppen, ...)	<input type="checkbox"/>	Name
	<input type="checkbox"/>	Wohnort
	<input type="checkbox"/>	Straße, Hausnr.
	<input type="checkbox"/>	Telefonnummer
	<input type="checkbox"/>	eMail – Adresse

Ort

Datum

Unterschrift


Meine Erfahrungen im Pflegebereich *(Diese Angabe ist freiwillig.)*

Ich bin oder war ... (Mehrfachnennung ist möglich)	<input type="checkbox"/>	Pflegende/-r oder Begleitende/-r
	<input type="checkbox"/>	in beruflicher Funktion tätig
	<input type="checkbox"/>	in wissenschaftlicher Funktion tätig
Ich habe keine Erfahrung mit Pflege	<input type="checkbox"/>	

Mitgliederanschriften / Informationen / Newsletter

Ich wünsche meine Informations-Anschreiben per	<input type="checkbox"/>	eMail
	<input type="checkbox"/>	Brief-Post
Ich möchte keine allgemeinen Informationen.	<input type="checkbox"/>	

Spendenbescheinigung – auch für Beiträge

Bitte senden Sie mir zum Jahresende einen Spendennachweis als	Bitte eine Auswahl treffen (!) 
---	---

Eine „vereinfachte Zuwendungsbestätigung“ kann mit Ihrem Kontoauszug beim Finanzamt eingereicht werden (das ist bis zu 200 € möglich) und reduziert unseren Aufwand.

Haben Sie Fragen zu diesem Antrag oder benötigen Unterstützung?

Die **Mitgliederverwaltung** ist werktags zwischen 14:00 und 16:00 h telefonisch zu erreichen unter **0209 9813 9110**. Bitte nutzen Sie den AB, wir rufen gerne zurück. Wenn Sie diesen Antrag nicht drucken können, senden wir Ihnen Antrag und weitere Informationen gerne per Post.

Unsere [Satzung](#) finden Sie auf unserer Homepage.

SEPA-Lastschriftmandat
 (nicht verpflichtend)

Wir bitten Sie Ihren Mitgliedsbeitrag selbst zu überweisen. Das Einzugsverfahren ist möglich. Bei Fehlbuchungen entstehen erhebliche Kosten. Bitte informieren Sie uns bei Änderungen oder vor Rückbuchungen rechtzeitig.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige wir pflegen e. V. (Alt-Moabit 91, 10559 Berlin) Gläubiger-Identifikationsnummer : DE33ZZZ00000402604 meinen – Jahresbeitrag – von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, die von wir pflegen e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	Kontoinhaber /-in	
	Vorname :	
	Name :	
	Straße :	
	PLZ / Ort :	
	Bank :	
	BIC :	
IBAN :		

Hinweis: Vor einer SEPA-Lastschrift des jährlichen Gesamtbeitrags informiert **wir pflegen 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.

Ort Datum Unterschrift (Kontoinhaber / Bevollmächtigter)

Information zum Solidaritäts-Fonds (Soli-Fonds)

Die Mitgliederversammlung von **wir pflegen in Berlin** hat beschlossen Mitgliedsbeiträge zu flexibilisieren und einen Soli-Fonds einzuführen. Er wird durch die Hälfte aller Jahresbeiträge ab 60 € und Spenden gefüllt. Der Soli-Fonds kann Vereinsmitgliedern ohne ausreichende finanzielle Mittel die Mitgliedschaft (Übernahme des Beitrags) sowie Teilnahme an Fachtagnungen, Mitgliedertreffen oder Außenvertretungen des Vereins ermöglichen, sofern der Soli-Fonds über entsprechende Mittel verfügt.