

Ihre Mitgliedschaft

bei wir pflegen Rheinland-Pfalz e.V.

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich entschieden haben, uns als Mitglied zu unterstützen! Um den Prozess in Gang zu setzen, benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen. Bitte beachten Sie, dass alle mit einem Stern (*) gekennzeichneten Felder vorgeschrieben sind.

Lesen Sie bitte auch unsere Datenschutzerklärung am Ende des Formulars. Ihre Daten werden ausschließlich für die Kommunikation mit Ihnen verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Doppelmitgliedschaft

Eine Mitgliedschaft bei wir pflegen in Rheinland-Pfalz e.V. kann sowohl im Landesverein als auch im Bundesverband beantragt werden. In der Regel übernimmt der jeweilige Landesverein die Verwaltung der Mitgliedschaften und Beitragszahlungen. Eine Doppelmitgliedschaft, sowohl im Landesverein als auch im Bundesverband, ist ebenfalls gängig.

Informationen zum Solidaritätsfonds

Die Mitgliederversammlung von wir pflegen Rheinland-Pfalz e.V. hat beschlossen, die Mitgliedsbeiträge flexibler zu gestalten und einen Solidaritätsfonds einzuführen. Dieser wird durch die Hälfte aller Jahresbeiträge über 30 € sowie durch Spenden finanziert.

Der Solidaritätsfonds steht Vereinsmitgliedern zur Verfügung, die über nicht ausreichende finanzielle Mittel verfügen. Er kann dazu beitragen, die Mitgliedschaftskosten (Beitragsübernahme) sowie die Teilnahme an Fachtagungen, Mitgliedertreffen oder Außendarstellungen des Vereins zu ermöglichen - vorausgesetzt, der Solidaritätsfonds enthält die entsprechenden Mittel.

So füllen Sie den Antrag aus

Dieses PDF ist ausfüllbar. Klicken Sie in die Felder, tippen Sie Ihre Daten per Tastatur ein und speichern Sie das fertige Dokument anschließend im PDF-Viewer (Adobe Acrobat Reader etc.).

Persönliche Daten

Bitte ergänzen Sie Ihre Angaben. Felder mit * sind Pflichtfelder.

Anrede *

Titel

Vorname *

Name *

☐

Selbsthilfegruppe, Initiative oder Institution

Wenn Sie sich im Bereich Pflege und/oder Betreuung engagieren.

Anschrift

Straße und Hausnummer *

PLZ *

Ort *

Kontakt

Telefonnummer *

Mobilnummer

Wir benötigen Ihre Telefonnummer für eventuelle Rückfragen zu Ihrer Anmeldung.

Telefonnummer beruflich

E-Mail *

E-Mail beruflich

Geburtsjahr

Bitte nur das Geburtsjahr eingeben (z. B. 1965).

Mitgliedschaft

Erfahrungshintergrund, Infobrief und Beitragswahl.

Erfahrung *Mehrfachauswahl möglich*

- | | |
|---|---|
| ☐ pflegend oder begleitend | ☐ keine Angaben |
| ☐ beruflich | ☐ Pflegekenntnisse |
| ☐ wissenschaftlich | |

Infobrief

Beitrag *Bitte genau eine Option wählen **

- 10,- €** reduzierter Jahresbeitrag, natürliche Person, z. B. Personen in Ausbildung, mit Sozialeinkommen
- 30,- €** regulärer Jahresbeitrag, natürliche Person
- 50,- €** Jahresbeitrag, juristische Person
- 60,- €** freiwilliger Jahresbeitrag
- 120,- €** freiwilliger Jahresbeitrag
- 240,- €** freiwilliger Jahresbeitrag
- 150,- €** förderndes Mitglied Jahresbeitrag

Erklärungen und SEPA-Mandat

Bitte prüfen, ankreuzen, ausfüllen und unterschreiben.

☐ **Beleg**

Ich benötige eine Spendenbescheinigung oder eine „vereinfachte Zuwendungsbestätigung“.

☐ **Datenschutzerklärung**

Ich stimme der Speicherung und elektronischen Verarbeitung meiner Daten sowie der Kontaktaufnahme durch ein vom Vorstand beauftragtes Mitglied zu. Ich bin mir meines Widerrufsrechts bewusst, dass ich jederzeit telefonisch, per E-Mail oder per Briefpost an die Vereinsverwaltung ausüben kann. Die Mitgliederverwaltung erfolgt über die Online-Software Webling (Schweiz). Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer allgemeinen Datenschutzerklärung auf unserer Homepage.

☐ **SEPA-Mandat**

Ich bitte um Einzug per Lastschrift.

IBAN

BIC

Ich ermächtige wir pflegen - Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender und betreuender Angehöriger in Rheinland-Pfalz e.V. (Bachstraße 13, 56727 Mayen), Gläubiger-ID DE57ZZZ00002819218, meinen Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von wir pflegen Rheinland-Pfalz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte nach dem Ausdrucken handschriftlich unterzeichnen.