

## Beitrittserklärung Vereinsmitgliedschaft

### Blaupause – Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft *im Verein Blapause – Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen e.V.*

Meine **Mitgliedsdaten** lauten:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

#### **Mitgliedsbeitrag:**

Die Höhe des Mitgliedsbeitrags\* ergibt sich aus der Beitragsordnung, einsehbar unter <https://blapause-gesundheit.de/beitragsordnung.pdf>. Der Beitrag wird ab Zeitpunkt des Beitritts jährlich erhoben. Die erstmalige Zahlung hat innerhalb von vier Wochen nach Beitritt zu erfolgen; in den darauffolgenden Jahren wird der Beitrag jeweils zum 1. Februar fällig.

Beitrag für Berufstätige: 36€/Jahr

Ermäßigter Beitrag: 24€/Jahr\*\*

\* Bei Härtefällen kann beim Vorstand eine befristete Befreiung beantragt werden.

\*\* Studierende, Schüler\*innen, Auszubildende, Erwerbslose, Geringverdienende, Rentner\*innen, Schwerbehinderte (bitte Nachweis beilegen und ohne gesonderte Aufforderung jeweils den jüngsten Nachweis vorlegen)

Als **Zahlungsart** wähle ich

- Überweisung an: Blaupause – Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen e.V.  
IBAN: DE84 6729 0000 0149 6536 78  
BIC: GENODE61HD1  
Bankinstitut: Heidelberger Volksbank eG
- SEPA-Lastschriftmandat (bitte beiliegendes Formular ausfüllen).

**Informationen über die Vereinsarbeit:**

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir Blaupause – Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen e.V. regelmäßig Informationen zur aktuellen Vereinsarbeit, anstehenden Veranstaltungen, erfolgten Veröffentlichungen auf Blog, Website und Forum und ähnlichem zusendet. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber Blaupause widerrufen.

**Speicherung der Mitgliedsdaten:**

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten während meiner Mitgliedschaft von der Vereinsverwaltung zum Zwecke der Abwicklung der Mitgliedsbeiträge und zum Ausstellen einer Spendenbescheinigung auch auf elektronischen Datenträgern gespeichert werden.

Nach postalischer Zusendung des unterschriebenen Mitgliedsantrags (sowie ggf. des SEPA-Mandates) wird eine Mitgliedsbestätigung versendet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

**Den ausgefüllten Antrag (ggf. inkl. SEPA-Mandat) bitte an die Schatzmeisterin senden:**

Eva Kuhn, Prinzregentenstraße 156, 81677 München

## SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

### Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubigers)

Blaupause – Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen e.V.  
Schröderstr. 31  
69120 Heidelberg

**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE25ZZZ00002148069

**Mandatsreferenz** *wird in der Mitgliedsbestätigung separat mitgeteilt*

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

Blaupause – Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen e.V.  
Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir  
mein/ unser Kreditinstitut an, die von

Blaupause – Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen e.V.  
auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum,  
die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem  
Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

---

Kreditinstitut

---

BIC

---

IBAN

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)