

# Aufnahmeantrag

Malteser Hilfsdienst e.V. (Gläubiger-ID: DE09ZZZ00000000680)

MSS • Kalker Hauptstraße 22-24 • 51103 Köln

Tel.: 0 800 / 5 470 470 (gebührenfrei) • E-Mail: mitgliederbetreuung@malteser.org



# Malteser

...weil Nähe zählt.

Hierdurch beantrage ich meine Aufnahme als  aktives  in sonstiger Weise mitwirkendes (passives) ordentliches Mitglied in den Malteser Hilfsdienst e.V. und erkläre, daß ich die Satzung des Malteser Hilfsdienstes anerkenne und den gem. § 4 der Satzung festgesetzten jährlichen Mindestbeitrag von z.Zt. EUR 15,- für aktive und EUR 30,- für passive Mitglieder entrichten werde. Bei Einschluss des Rückholdienstes erhöht sich der Jahresbeitrag um z.Zt. EUR 3,-.

Eintrittsmonat/-jahr: **01/** \_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

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

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt: EUR \_\_\_\_\_

Prämie Rückholdienst zur Zeit: EUR \_\_\_\_\_

Mein zusätzlicher Beitrag: EUR \_\_\_\_\_

Gesamtbeitrag: EUR \_\_\_\_\_

(in Worten): \_\_\_\_\_

Zahlungsweise: jährlich

**Serviceleistung:** Während der Dauer meiner Mitgliedschaft besteht auf Wunsch für mich, meinen Ehegatten und meine Kinder unter 18 Jahren ein weltweiter Rückholdienst (RHD) im In- und Ausland, rund um die Uhr – für nur z.Zt. EUR 3,-.

**Die Abwicklung erfolgt über die Malteser Einsatzzentrale Köln, Telefon +49-(0)2 21-98 22 333.**

Rückholdienst (zzgl. z.Zt. EUR 3,-)  ja  nein  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Familientarif (beitragsfrei ab dem dritten Familienmitglied)

Ja, ich möchte regelmäßig per E-Mail Newsletter vom Malteser Hilfsdienst e.V. informiert werden.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Malteser Hilfsdienst e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift widerruflich einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Malteser Hilfsdienst 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Kreditinstitut:

Konto-Nummer: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

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

BLZ: \_\_\_\_\_

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

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Nur bei abweichendem Kontoinhaber ausfüllen:

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Die Mitgliedsbeiträge und Spenden sind nach § 10b Abs. 1 EStG und § 9 Abs. 1 Nr. 2a KStG steuerabzugsfähig.

## Wodurch sind Sie auf die Malteser aufmerksam geworden?

Bekannte  Infomaterial  Malteserbeauftragte

Beruf: \_\_\_\_\_

Tel. priv.: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Konfession:  röm.-kath.  evang.  \_\_\_\_\_

Frühere Mitgliedschaften:  ASB  DRK  JUH  MHD

Datum und Unterschrift des Antragstellers/  
bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift und Stempel des Malteserbeauftragten

## Danke!

Im Namen unserer alten, kranken und notleidenden Mitmenschen sagen wir Ihnen ein herzliches Dankeschön!  
Mit Ihrem regelmäßigen Beitrag geben Sie uns die Chance, diesen Menschen, die uns vertrauen, verlässlich und kompetent zu helfen.

(Ihre Daten werden von uns vertraulich im Sinne der kirchlichen Datenschutzordnung (KDO) behandelt.)