

Mitgliedsantrag

Ich möchte Mitglied im Verein „Partner für psychisch Kranke im Landkreis Kassel e. V.“ werden und ihn bei der Erfüllung seiner gemeinnützigen Aufgaben unterstützen.

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon, Mobil _____

E-Mail - Adresse _____

- Verwendung Ich bin einverstanden, Informationen per E-Mail zu erhalten,
 Ich bin NICHT einverstanden, um damit Kosten zu sparen

Geburtsdatum _____

Den Jahresbeitrag in Höhe von 18,00 € zahle ich beginnend zum _____

Datum _____ Unterschrift _____

Wir versichern, dass die Daten nur zu vereinsinternen Zwecken gem. Satzung genutzt werden. Es erfolgt keine Weitergabe außer zum Zahlungs- und E-Mailverkehr.

Wir sind wegen Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege, durch Bescheinigung des Finanzamtes Kassel II, St. Nr. 2625084027 als gemeinnützig anerkannt und nach dem letzten uns zugegangenen Freistellungsbescheid vom 04.03.2020 für die Jahre 2016 -18 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des KStG von der Körperschaftssteuer befreit.

Falls Sie **keine** Abbuchung wünschen, überweisen Sie den Beitrag bitte auf eines der folgenden Konten.

