



Trauernde Kinder Schleswig-Holstein e.V.
Lerchenstr. 19a
24103 Kiel
Tel.: 0431/2602051
Mail: info@trauernde-kinder-sh.de

Anmeldung für die Teilnahme an einer Trauergruppe

Name (Erziehungsberechtigte*r): _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Name, Geburtsdatum Kind: _____

Name, Geburtsdatum Kind: _____

Name, Geburtsdatum Kind: _____

Meine Kinder und ich nehmen freiwillig und selbstverantwortlich an den Treffen teil.
Eltern/Erziehungsberechtigte haften für ihre Kinder.

Bankverbindung zum SEPA-Lastschriftzug des Gruppenbeitrags bis auf Widerruf:

IBAN: _____

BIC: _____ Mein Beitrag: _____ monatlich

Der Betrag für die Teilnahme an den Gruppentreffen beträgt **10,00 €** pro Monat und Familie.
Hiermit ermächtige ich den Verein, den o.a. Betrag von meinem Konto einzuziehen und weise mein
Kreditinstitut an, die Lastschrift einzulösen.

Über die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung, des
Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher, wurde ich unterrichtet. Das Merkblatt zur
Verpflichtungserklärung (zzgl. Texte der §§ 5, 43 Abs. 2, 44 BDSG) habe ich erhalten.

Ich wurde darüber informiert, dass meine persönlichen Daten beim Verein Trauernde Kinder
Schleswig-Holstein gespeichert, verarbeitet und zu organisatorischen Zwecken verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Eintritt i.d. Gruppe: _____ am _____

Austritt: _____