



**Hebammennetzwerk  
Münsterland e.V.**

Hebammennetzwerk Münsterland e.V.

**Anschrift**

Hebammennetzwerk Münsterland e.V.  
c/o Julia Arnst  
Farwickweg 14  
48161 Münster

**E-Mail**

verein@hebammennetzwerk-muensterland.de

**Internet**

www.hebammennetzwerk-muensterland.de

25.01.2023

---

## **Fördermitgliedschaft im Hebammennetzwerk**

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

wir freuen uns sehr über jede Unterstützung unseres gemeinnützigen Vereins!

Am 16. Juli 2013 wurde unser Verein Hebammennetzwerk Münsterland e.V. gegründet und hat es sich zum Ziel gesetzt, die Betreuung und Versorgung von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen bestmöglich zu unterstützen. Wir sind Herausgeber der aktuellen Hebammenliste für das Münsterland und haben im Jahr 2015 eine Hebammenzentrale aufgebaut, die dabei hilft, unkompliziert eine passende Hebammenbetreuung zu finden. Seit Oktober 2019 kooperieren wir hier mit dem Arbeiter-Samariter-Bund RV Münsterland.

Ein Antrag auf Fördermitgliedschaft sowie ein Formular für die SEPA-Lastschrift liegen diesem Schreiben bei. Bitte senden Sie uns die unterschriebenen Unterlagen per Post zu. Da die Mitteilungen des Vereins grundsätzlich auf elektronischen Wege erfolgen, achten Sie beim Ausfüllen des Antrags unbedingt darauf, eine gültige E-Mail-Adresse anzugeben und teilen Sie uns Änderungen daran bitte umgehend mit. Nach Erhalt Ihres Antrages wird Ihnen per E-Mail die Mitgliedschaft bestätigt.

Auf unserer Homepage [www.hebammennetzwerk-muensterland.de](http://www.hebammennetzwerk-muensterland.de) finden Sie die Satzung des Vereins. Ihre Fragen zu Verein und Mitgliedschaft beantworten wir gerne unter der E-Mail-Adresse [verein@hebammennetzwerk-muensterland.de](mailto:verein@hebammennetzwerk-muensterland.de).

Wir freuen uns darauf, Sie im Hebammennetzwerk Münsterland e.V. willkommen zu heißen und bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Mit herzlichen Grüßen

Julia Arnst  
Vorsitzende

## Antrag auf Fördermitgliedschaft

Vor- u. Nachname / Firma, Körperschaft, Verein	
Ggf. Ansprechpartner	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

### Gewünschter jährlicher Förderbeitrag:

#### Natürliche Person

10,- €       30,- €       50,- €       \_\_\_\_\_ €

#### Juristische Person

50,- €       80,- €       100,- €       \_\_\_\_\_ €

### Hinweise zur Beitragszahlung

Der Förderbeitrag kann ausschließlich per Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat gezahlt werden. **Bitte füllen Sie das beiliegende Formular aus, und fügen Sie es diesem Antrag bei.**

Die Fördermitgliedschaft kann nur schriftlich jeweils zum Ende des Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Eine Rückerstattung von Beiträgen ist nicht möglich. Der Vorstand behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

### **Ich/wir möchte(n) die Arbeit des Hebammennetzwerks Münsterland unterstützen!**

Ich/Wir habe(n) die Satzung des Vereins gelesen und erkläre(n) mich/uns damit einverstanden. Die Satzung kann von der Homepage des Vereins heruntergeladen werden: [www.hebammennetzwerk-muensterland.de](http://www.hebammennetzwerk-muensterland.de)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Hebammennetzwerk Münsterland e.V. c/o Julia Arnst Farwickweg 14 48161 Münster  <b>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers</b>	<b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b> DE23ZZZ00000840448
	<b>Mandatsreferenz</b> (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):
<b>Einzugsermächtigung:</b> Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.  <b>SEPA-Lastschriftmandat:</b> Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
<b>Zahlungsart:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
<b>Name des Zahlungspflichtigen</b> (Kontoinhaber):	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen</b> (Kontoinhaber):  Straße und Hausnummer  Postleitzahl und Ort	
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen</b> (max. 22 Stellen): D E	<b>BIC des Zahlungspflichtigen</b> (8 oder 11 Stellen): D E
<b>Ort:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Unterschrift des Zahlungspflichtigen</b> (Kontoinhaber):	

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) darüber unterrichten.