Beitritterklärung

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme als Mitglied in den „Dorf- und Heimatverein am Tharandter Wald e.V. ab dem _____.

Name: …… Vorname: …….

Straße: …… PLZ, Ort: …….

OT …….

Geb.-Datum: …….

Telefon: …….

E-Mail: …… @ ……

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Der jährliche Mitgliedsbeitrag von z Z. 12 €/Person wird per Lastschrift Mitte März eingezogen.

Das dazu erforderliche SEPA-Lastschriftmandat (auf Seite 2) habe ich anbei unterschrieben.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist jederzeit möglich, eine Rückerstattung gezahlter Beiträge erfolgt nicht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift*: ⇨ _____

(* bei Jugendlichen der gesetzliche Vertreter)

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Mit der Kontaktaufnahme durch den Verein bin ich bis auf Widerruf einverstanden. Die Regelungen der Datenschutzgrundverordnung wurden mir ausgehändigt, ich stimme der Nutzung und Verwendung meiner Daten für die erforderlichen Vereinszwecke ausdrücklich zu.

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) **Dorf- und Heimatverein am Tharandter Wald e.V.** **c/o F. Kraft** **OT Niederschöna** **Obere Dorfstr. 9** **09633 Halsbrücke**	***o Wiederkehrende Zahlungen (Mitgliedsbeitrag des Vereines)***
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE72ZZZ00000634023**	
Mandatsreferenz *VereinsbeitragMitglied*	

Ich/Wir ermächtige(n) den Dorf- und Heimatverein am Tharandter Wald e.V. , Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Dorf- und Heimatverein am Tharandter Wald 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 und Hausnummer
PLZ und Ort
Land ***Deutschland***

IBAN	*BIC*

Ort und Datum	*Unterschrift(en)*