

Anmeldeformular

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied im Land-Frauen-Verein Ostenfeld und Umgebung

Name _____ Vorname _____
 Anschrift _____
 Telefon _____ eMail _____
 Geburtsdatum _____ Beruf _____

Ehrenamtliche Tätigkeit _____
 Dürfen wir die Rundschriften zukünftig elektronisch zur Verfügung stellen ?
 ja _____ nein _____ bitte ankreuzen
 Wodurch sind Sie auf unseren Verein aufmerksam geworden ?
 Zeitung _____ Mitglied _____ Flyer _____ bitte ankreuzen

Datenschutzerklärung
 Personenbezogene Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung der bestehenden Mitgliedschaft wie der Erstellung von Mitglieder- und Reiselisten, Kassenführung, Versand von Einladungen usw. notwendig und erforderlich sind, werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigung (Datenschutzgrundverordnung DSGVO) erhoben. Der LandFrauenVerein Ostenfeld und Umgebung verpflichtet sich, die Daten ausschließlich für vereinsinterne Zwecke zu verwenden und bestätigt, dass diese Daten nicht an externe Organisationen weitergegeben werden. Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, beim Vorstand des LandFrauenvereins eine umfangreiche Auskunft zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten.

Der Jahresbeitrag beträgt zur Zeit 30,00 Euro.

Bitte füllen Sie das Sepa-Lastschriftmandat aus.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger LandFrauenverein Ostenfeld und Umgebung

Gläubiger-ID DE25 ZZZ 00000 800 157

Mandatsreferenz Ihre Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) sehen Sie in der ersten Abbuchung im Verwendungszweck

Ich ermächtige den LandFrauenverein Ostenfeld und Umgebung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom LandFrauenverein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Jährliches Fälligkeitsdatum ist der 1. März jeden Jahres. Fällt der Fälligkeitsdatum des zu zahlenden Betrages auf eine Wochenende oder Feiertag, so wird der nächste Geschäftstag als Fälligkeitsdatum gewählt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Name des Zahlungspflichtigen _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Art _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Ort und Datum _____

Unterschrift _____