



Imkerverein  
RASTEDE ELSFLETH



Mitglied im  
Deutschen Imkerbund e.V.

Mitglied.-Nr (01003)-.....

(wird vom Landesverband eingetragen)

## Beitrittserklärung

Für den Ortsverein

Kopie an den Landesverband

Hiermit erkläre ich ab .....meinen Beitritt zum **Imkerverein Rastede-Elsfleth e.V.**  
(im Landesverband der Imker Weser-Ems e.V.)

\*Vor- und Zuname: .....

\*Geburtsdatum: ..... Beruf: .....

\*Straße, Hausnummer: .....

\*PLZ, Wohnort: .....

\*Tel:..... Mobil:.....

Email:.....

\*Ich besitze \_\_\_\_\_ Bienenvölker; \*Standorte:.....

Ich bin/war Mitglied im Imker-Ortsverein .....von ..... bis .....

**Die Angaben in den mit \*gekennzeichneten Feldern sind Pflichtangaben.**

**Hinweis: Die Standorte der Bienenvölker müssen den zuständigen Veterinärämtern gemeldet werden.**

Ich habe an einer vom Landesverband der Imker Weser-Ems e.V. oder vom D.I.B. e.V. anerkannten Honigschulung teilgenommen (Kopie des Zertifikates beifügen)

Ich möchte den Infobrief des Landesverbandes der Imker Weser-Ems e.V. an die o.g. E-Mail-Adresse gesendet bekommen.

**Die Satzungen des Imker-Ortsvereins und des Landesverbandes der Imker Weser-Ems e.V. erkenne ich als verbindlich an.**

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bzw. der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden.

Diese Einverständniserklärung ist gegenüber dem Vorstand widerrufbar. Die Daten werden dann soweit gesetzlich vorgeschrieben gelöscht. Ich habe die Information gemäß Art.13 DS-GVO über Erhebung von personenbezogenen Daten zur Kenntnis genommen. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die über mich gespeicherten Daten zu erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

## Sepa-Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den **Imkerverein** .....

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

von meinem Konto bei der Bank .....

IBAN: .....die Mitgliedsbeiträge abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift