

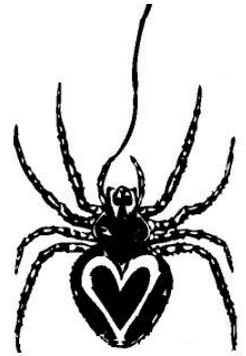
BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im

Netzwerk der guten Taten Schwelm e.V.

Moltkestraße 24a

58332 Schwelm



Mitgliedsdaten:

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße & Nr.: _____

Postleitzahl & Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich habe die Satzung vom Netzwerk der guten Taten Schwelm e.V. zur Kenntnis genommen und bin mit dem Mitgliedsbeitrag von 10€ pro Monat einverstanden. Der Betrag wird am Anfang des Monats per SEPA Lastschriftmandat eingezogen.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail & Kontoverbindung. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck personenbezogene Daten und Fotos von mir auf der Homepage des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail & Kontoverbindung.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Netzwerk der guten Taten Schwelm e.V.

Moltkestraße 24a, 58332 Schwelm

Konto: Sparkasse Schwelm, IBAN: DE48 4545 1555 0000 0526 62

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00002330733

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer _____ (wird vom Verein nachträglich eingetragen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) das Netzwerk der guten Taten Schwelm e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Netzwerk der guten Taten Schwelm 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname Name, Straße Hausnummer, Postleitzahl Wohnort):

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Name, Vorname: _____