

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „**Dörpsmobil Drelsdorf e.V.**“

Mitglied Nr. _____

Name: _____ Vorname: _____

Verein/Betrieb: _____

PLZ / Ort: _____

Straße: _____

Geb. Dat: _____ Telefon: _____

Führerschein Nr. :
(Kopie bitte beifügen) _____

E-Mail: _____

Ich möchte eine

- Einzelmitgliedschaft jährlicher Mitgliedsbeitrag **36,00 €**
- passive Mitgliedschaft jährlich (mind. 10,00 €) _____ €
- Haushaltsmitgliedschaft (im gemeinsamen Haushalt lebend) oder
Betrieb, Verband, Verein jährlicher Mitgliedsbeitrag **60,00 €**

mit folgenden weiteren Personen:

	Name, Vorname	Geb. Datum	Führerscheinnummer (Kopie bitte beifügen)
2			
3			
4			
5			

Der Mitgliedsbeitrag wird zum 15. Februar eines jeden Jahres abgebucht.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ort/Datum

Unterschrift

Nach Datenschutzverordnung (DGSVO) Umgang mit den Daten:

Mit dem Beitritt eines Mitgliedes nimmt der Verein dessen Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten und Bankverbindung auf. Diese Daten werden ausschließlich zur Mitgliederverwaltung erhoben und verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben. Die personenbezogenen Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Das Mitglied kann jederzeit über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten Auskunft erhalten.

Dörpsmobil Drelsdorf e.V.

Karkenweg 7, 25853 Drelsdorf

Gläubiger Identifikations-Nr. DE 35ZZZ 00002153806

Sepa-Lastschrift-Mandat

Mitgliedsnummer: _____

Name/Vorname: _____

(Kontoinhaber)

PLZ/Wohnort: _____

Straße: _____

Ich ermächtige den Verein Dörpsmobil Drelsdorf e.V., den jeweils fälligen Betrag für:

- Mitgliedsbeitrag am 15. Februar jeden Jahres
- Nutzungsgebühren für das Dörpsmobil (**gilt nicht bei passiver Mitgliedschaft**)

von dem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Dörpsmobil Drelsdorf e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

IBAN: DE / / / / /

BIC: _____

(Nur bei ausländischen Kreditinstituten erforderlich)

Kreditinstitut: _____

Ort / Datum

Unterschrift

Beleg bearbeitet: _____

Mandat Nr.: _____