

BEITRITTSERKLÄRUNG

Herr/Frau: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

eMail: _____

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein Creglinger SoFa e. V. | Geschäftsstelle:
Riemenschneiderbrücke 6, 97993 Creglingen

Ich zahle den Mindestbeitrag von 20,00 €/ Jahr

Ich zahle einen erhöhten Beitrag von _____ €/ Jahr

<input type="checkbox"/> Die Informationen zum Datenschutz (siehe Rückseite) habe ich zur Kenntnis genommen.	<input type="checkbox"/> Ich stimme zu, dass meine Daten zur Mitglieder- und Beitragsverwaltung erfasst, verarbeitet und gespeichert werden. Die Einwilligung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, für die Zukunft widerrufen werden. Den Widerruf richten Sie direkt an den SoFa e. V.. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.
--	---

Datum: _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Verein Creglinger SoFa e. V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

MEINE BANKVERBINDUNG:

Bank _____

Kontoinhaber _____

IBAN DE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___