

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein „Cura Plaidt“ e. V.

Nachname: _____ Vorname: _____

geb. am _____ Telefon: _____ Beruf: _____

Anschrift: _____
PLZ Wohnort _____ Straße und Hausnummer _____

E-Mail _____

Ich beantrage die Aufnahme als: Mitglied

Ich zahle einen Monatsbeitrag von _____ € (Mindestbeitrag 2 €)

Ihr Beitrag sowie Spenden an „Cura Plaidt e.V.“ sind steuerlich absetzbar.

Dieser Beitritt ist gültig für mindestens 1 Kalenderjahr und verlängert sich um ein weiteres, sofern der Austritt nicht mindestens 1 Monat vor Jahresende schriftlich erklärt wird. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Datenschutzhinweis und Erlaubnis

**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, Adressen, Geburtsdaten, Telefonnummern, E-Mail-Adressen.**

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender persönlicher Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden:

Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse.

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

(Ort, Datum)

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 66 ZZZ 00000783511

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein „Cura Plaidt e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Cura Plaidt e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

€ _____ monatlich / ½ jährlich / jährlich

Vorname und Nachname (Kontoinhaber): _____

IBAN.: _____

BIC: 8 oder 11 Stellen _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Dieser Auftrag erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaber)