

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Nachbarschaftshilfe Lonetal.

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	
Name (Ehe-/Lebenspartner):	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Namen der Kinder unter 18 Jahren:	

Jahresbeitrag:

<input type="checkbox"/>	Einzelperson	15,00 €
<input type="checkbox"/>	Familienbeitrag	25,00 €
<input type="checkbox"/>	Fördernde Personen / Firmen	50,00 €
<input type="checkbox"/>	Juristische Personen des öffentlichen Rechts	50,00 €

Der Mitgliedsbeitrag ist jährlich zahlbar und wird zu Beginn des Kalenderjahres bzw. spätestens einen Monat nach Eintritt fällig.

Ich habe die beigefügten Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweise

Name und die Kontaktdaten der Verantwortlichen:

Verein „Nachbarschaftshilfe Lonetal“, 89192 Rammingen, Rathausgasse 7

Verarbeitung der personenbezogenen Daten, Zweck der Verarbeitung und Speicherdauer:

Beitritt zum Verein

Beim Beitritt zu unserem Verein werden folgende Daten erhoben und gespeichert:

- **Name(n)**
- **Adresse**
- **Geburtsdatum**
- **Telefon**
- **E-Mail**
- **Kontodaten**

Die gespeicherten Daten werden verwendet, um die Mitgliederdatei zu führen und die Mitgliedsbeiträge einzuziehen.

Die Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO.

Die Daten werden nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.

SEPA-Lastschriftmandats

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen

Kontaktaten Verein: Nachbarschaftshilfe Lonetal, 89192 Rammingen,
Rathausgasse 7

Kontaktaten Antragende*r: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Verein „Nachbarschaftshilfe Lonetal“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Nachbarschaftshilfe Lonetal“ auf mein 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/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in:	
Kreditinstitut:	
BIC:	
IBAN:	

Ort, Datum

Unterschrift