



Mitgliedschaftsantrag im Verein Geburtshaus für Heilbronn e.V.

Ich unterstütze die Ziele des Vereins Geburtshaus für Heilbronn e.V. und möchte hiermit dem Verein als Mitglied beitreten.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	

Mitgliedsbeiträge und SEPA-Lastschriftmandat umseitig.

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass die hier angegebenen Daten im Verein Geburtshaus für Heilbronn e.V., Am Schloßberg 14, 74906 Bad Rappenau vertreten durch den Vorstand Mandy Schieffer erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Dies geschieht ausschließlich zu Zwecken der Mitgliederbetreuung und Vereinsarbeit. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Nach Beendigung der Mitgliedschaft und Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht werden alle Daten gelöscht. Mitglieder sind berechtigt, Auskunft der bei uns gespeicherten persönlichen Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern. Des Weiteren steht den Mitgliedern ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzhinweise und die Vereinssatzung zur Kenntnis genommen habe und erkenne sie als für mich verbindlich an:

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich möchte dem Verein als

- Fördermitglied (ab 30€/ Jahr als Einzelperson)
- Ordentliches Mitglied (ab 60€/ Jahr als Einzelperson)
- Unternehmen/ Institution o.ä. (Fördermitgliedschaft ab 150€/ Jahr; Name des Unternehmens/ Institution: _____)

beitreten und unterstütze den Verein mit

- dem Mindestbeitrag
- folgendem Jahresbeitrag (€): _____

Hiermit ermächtige ich den Verein Geburtshaus für Heilbronn e.V. widerruflich, o.g. Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von nachstehendem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Geburtshaus für Heilbronn e.V. 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz wird von uns vergeben. Unsere Gläubiger Identifikationsnummer lautet: DE12ZZZ00002711582.

Name des Kontoinhabers:	
Name des Kreditinstituts:	
IBAN:	
BIC:	

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers