



Förderverein Spielplatz Gernlinden e.V.
Wettersteinstrasse 47, 82216 Maisach
www.kinderspielplatz-gernlinden.de

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße
PLZ / Wohnort
Telefon
Email

die Aufnahme in den **Förderverein Spielplatz Gernlinden e.V.** ab dem: _____

Mitgliedsnummer: _____
(wird vom Verein vergeben)

Jahresbeitrag: für natürliche Personen über 18 Jahre 15,00 € jährlich

Der Einzug erfolgt jährlich zum 15.02., oder mit Eintritt (keine Vorabinformation mehr nötig).

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnung des Vereins.

Einwilligungserklärung Datenschutz

- Hiermit erkläre ich dem Förderverein Spielplatz Gernlinden e.V. gegenüber meine Einwilligung im Zusammenhang mit Veranstaltungen des Vereins meinen Namen, Adresse und Emailadresse zum Zwecke der Vereinsarbeit für das Vereinsleben zu nutzen. Hierbei dürfen die Daten allen anderen Vereinsmitgliedern zur Verfügung gestellt werden.
- Diese Einwilligungserklärung gilt ab dem Datum meiner Mitgliedschaft im Verein und endet mit der Beendigung meiner Mitgliedschaft im Verein.
- Die Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber dem Verein widerrufen werden.
- Jedes Mitglied hat das Recht auf Auskunft über seine gespeicherten Daten, Übertragung der Daten, Berichtigung seiner gespeicherten Daten im Falle der Unrichtigkeit, Sperrung seiner Daten und Löschung seiner Daten.

Ort, Datum, Unterschrift



Förderverein Spielplatz Gernlinden e.V.
Wettersteinstrasse 47, 82216 Maisach
www.kinderspielplatz-gernlinden.de

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00001474703

Mandatsreferenz: (Mitglieds-Nr. _____)

Ich ermächtige den Förderverein Spielplatz Gernlinden e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Spielplatz Gernlinden e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich verzichte auf die Vorabinformation.

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.

Name des Mitglieds

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE - - / - - - - / - - - - / - - - - / - - - - / - -
IBAN

BIC

Ort, Datum, Unterschrift