

Volkstrachtenverein Wartenberg e.V.

Thenner Strasse 62
85456 Wartenberg



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Volkstrachtenverein Wartenberg.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich am 1. Werktag im September. Sollten Beiträge nicht eingezogen werden können, werden die Kosten in Rechnung gestellt.

Der Austritt ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von vier Wochen, nur zum Schluss eines Kalenderjahres zulässig. Es genügt eine formlose schriftliche Mitteilung.

Bereits bezahlte Beiträge werden nicht zurück erstattet.

Datenschutzhinweise:

Der Verein erhebt, verarbeitet und speichert mit dem Beitritt diese Daten seiner Mitglieder: Name, Vorname, Anschrift, Geburts-, Aufnahmedatum, Telefonnummer, Bankverbindung und Email. Diese werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zum Zweck der Mitgliederverwaltung und zu den in Satzung (und Geschäftsordnung) formulierten Zwecken verwendet. Bei Vereinsaustritt werden die Daten gelöscht.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

, den _____
Unterschrift

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Einzelaufnahmen von mir im Internet sowie in anderen Medien zur Darstellung des Vereins verwendet werden. Ich bin mir bewusst, dass etwaige Risiken durch die Darstellung im Internet existieren können. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags

IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut _____ Kontoinhaber _____

Ich ermächtige den Volkstrachtenverein Wartenberg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Volkstrachtenverein Wartenberg 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.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____