

Aufnahmeantrag

Ja, auch ich möchte aktives/inaktives Mitglied werden bei der
KG „Blau-Gold“ Weilerswist 1970 e.V.

Mit meiner Aufnahme erkenne ich die Satzung des Vereins an.

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Aktives Mitglied | 65,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Inaktives Mitglied | 65,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag | 99,00 Euro |

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Der Aufnahmeantrag kann bei jedem Vorstandsmitglied abgegeben oder an KG „Blau-Gold“ Weilerswist 1970 e.V., Blankenheimer Straße 43b, 53919 Weilerswist gesendet werden.

Im Hinblick auf die seit dem 25. Mai 2018 geltende Rechtslage nach der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz weisen wir Sie darauf hin, dass wir zur weiteren Bearbeitung Ihre Daten speichern werden.

Auf unsere Satzung sowie unsere Datenschutzerklärung in der jeweils gültigen Fassung weisen wir hin.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und nehme die Datenschutzerklärung zur Kenntnis.

Ich bin mit der Speicherung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der Vereinstätigkeit durch die KG Blau-Gold Weilerwist 1970 e.V. einverstanden.

Eine Ausfertigung der Satzung sowie der Datenschutzerklärung habe ich in Papierform oder elektronisch erhalten.

.....

Unterschrift

KG „Blau-Gold“ Weilerswist 1970 e.V.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
(Gläubiger)

KG „Blau-Gold“ Weilerswist 1970 e.V.
Nahestraße 4
53919 Weilerswist

Gläubiger-Identifikationsnummer
(CI/Creditor Identifier)

DE24KBG00000559906

Mandatsreferenz

KG-.....-.....
KG-Vorname-Nachname

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

KG „Blau-Gold“ Weilerswist 1970 e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir
mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

KG „Blau-Gold“ Weilerswist 1970 e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können 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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC (1)

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

(1) Hinweis: Ab 1. 2. 2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.