

## BEITRITTSERKLÄRUNG

An die „Bürgerinitiative für die Kinder in Bad Münde am Deister e.V.“ Röntgenstraße 11, 31848 Bad Münde  
n.pedack@googlemail.com www.bik-bm.de



\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Email

Ich / wir beantrage/n hiermit die Aufnahme in die „Bürgerinitiative für die Kinder in Bad Münde am Deister e.V.“. Die Vereinssatzung erkenne/n ich / wir verbindlich an. Der Vereinsbeitrag beträgt für Einzelmitgliedschaft / Familien mindestens **18,00€ jährlich**. Jugendliche sind bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei.

### **Weitere Familienmitglieder:**

Name                      Vorname                      Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich möchte mich an der Vereinsarbeit aktiv beteiligen:  ja /  nein

**Hinweise zum Datenschutz:** Die DSGVO wird von unserem Verein vollumfänglich eingehalten. Es werden nur jene Daten der Mitglieder gespeichert, die für den Bankeinzug der Mitgliedsbeiträge oder für die Kommunikation erforderlich sind. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten zeitnah gelöscht. Es ist organisatorisch und technisch sichergestellt, dass nur diejenigen Personen personenbezogene Daten einsehen und verarbeiten können, die dieses auch rechtlich dürfen bzw. müssen. Sie haben als Mitglied verschiedene Betroffenenrechte, wie z.B. das Auskunftsrecht oder das Recht auf Datenlöschung. Es ist sichergestellt, dass Sie diese Rechte zeitnah ausüben können.

## **Bürgerinitiative für die Kinder in Bad Münde am Deister e.V.**

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE61ZZZ00000449921**

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

### Wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die „Bürgerinitiative für die Kinder in Bad Münde am Deister e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der „Bürgerinitiative für die Kinder in Bad Münde am Deister 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.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Der Jahresbeitrag beträgt \_\_\_\_\_ €.

Die Abbuchung des Jahresbeitrags erfolgt jährlich wiederkehrend zum 1. Mai. Fällt der Belastungstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds