

# Beitrittserklärung



**Ich möchte das Freibad Dellwig erhalten und werde Mitglied im Förderverein Freibad Dellwig e.V.**



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Freibad Dellwig e.V. und erkläre mich damit einverstanden, die Interessen des Fördervereins zu wahren und zu vertreten. Grundlage dieser Mitgliedschaft bildet die Satzung des Förderverein Freibad Dellwig e.V. in ihrer Fassung vom 22.05.2011.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf (freiwillig) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft beginnt am \_\_\_\_\_ und endet durch schriftliche Kündigung des Mitglieds oder des Vereinsvorstands zum Ende des Jahres, in dem die Kündigung ausgesprochen wird.

Für Rückfragen oder kurzfristig erforderliche Vereinsmitteilungen bin ich telefonisch erreichbar unter \_\_\_\_\_ bzw. per eMail an \_\_\_\_\_.

Ich leiste einen **jährlichen Mitgliedsbeitrag** in Höhe von

- 36,00 €** für Erwachsene.  **18,00 €** für Schüler/Studenten/Auszubildende (ermäßigt).

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

Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten auf Datenträger zu Zwecken der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden! Ich kann diese Erklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung ganz oder in Teilen widerrufen. Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 34 BDSG ein Recht auf Auskunftserteilung und gemäß § 35 BDSG ein Recht auf Berichtigung und/oder Löschung meiner personenbezogenen Daten habe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift / bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung nach SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (SEPA-Lastschriftmandat)

Ich ermächtige den Förderverein Freibad Dellwig e.V. den oben genannten Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift unter Angabe der Gläubiger-Identifikationsnummer **DE65ZZZ00001316738** einzuziehen. Die Mandatsreferenz wird vom Verein angegeben. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Freibad Dellwig e.V. von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Name des Geldinstituts \_\_\_\_\_ BIC (nur bei ausländischen Banken) \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
IBAN (Internationale Bankkontonummer)

Konto-Inhaber \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

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