

Ja, ich/wir möchte(n) Mitglied in der Bürgergemeinschaft
MACH MIT e.V. im Kannenbäckerland werden.

1. Mitglied Name, Vorname, Geburtsdatum:

2. Mitglied Name, Vorname, Geburtsdatum:

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____ E-Mail: _____

Jahresbeitrag:

24,00 € für Einzelpersonen

36,00 € für Familien

12,00 € für Schüler und Studenten (ab 18 Jahre)

fällig am 01.04. jeden Jahres

Ich erteile Einzugsermächtigung bzw. ein SEPA-Lastschriftmandat (siehe Anlage)

Ich überweise den Betrag i. H. von _____ € auf das Konto
der Sparkasse Westerwald-Sieg,

IBAN: DE 50 5735 1030 0180 1675 61

BIC: MALADE 51AKI

Ort/Datum _____

Unterschrift

des Antragstellers/der Antragstellerin _____

bei Jugendlichen unter 18 Jahren:

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s _____

Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz neu / DSGVO

Ich bin mit der Verarbeitung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern, E-Mail-Adresse, Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Erklärung jederzeit durch Erklärung gegenüber dem Vorstand widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Bürgergemeinschaft MACH MIT e.V im Kannenbäckerland	
Anschrift des Zahlungsempfängers: Bürgergemeinschaft MACH MIT e.V im Kannenbäckerland Aubachstr. 1 56410 Montabaur	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 38 ZZZ 00000570615	
Mandatsreferenz-Mitgliedsnummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): BG (wird vor dem ersten Einzug einer SEPA Lastschrift mitgeteilt	
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung zum 01.04. eines jeden Jahres	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____ Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) _____ Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
BIC (8 oder 11 Stellen): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ort:	Datum:
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	