Sozialer und Kultureller Treffpunkt Schönwald e.V.
Hauptstraße 6, 78141 Schönwald
Tel.:+49 (0) 1577 402 1136, info@skt-eschle.de

Ich werde Mitglied

im Verein Sozialer & Kultureller Treffpunkt Schönwald e.V.

Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße	
PLZ	
Wohnort	
E-Mail	
Telefon	

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit im Verein interessiert ja ☐
Ich unterstütze den Verein als Fördermitglied ja ☐

Ich möchte Einladungen, Protokolle etc. als E-Mail ja ☐ von [verein@skt-eschle.de]
Ich möchte den Newsletter der 4-5x im Jahr erschein ja ☐ von [newsletter@skt-eschle.de]

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mind. 30,-- € jährlich. Wir freuen uns auch über höhere Spenden. Die Zahlung erfolgt durch Bankeinzug per SEPA - Lastschriftverfahren im 1. Quartal eines Jahres. Für geleistete Spenden erhalten Sie eine Spendenquittung zur Vorlage beim Finanzamt.

Datenschutz: Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und den Regelungen der Vereinssatzung bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.
Durch meine Unterschrift (bei Minderjährigen gilt die Unterschrift des gesetzl. Vertreters) erkenne ich die aktuelle Satzung des Vereins an.

…… , den…… ……
(Ort) (Datum) Unterschrift

Sozialer und Kultureller Treffpunkt Schönwald e.V.
Hauptstraße 6, 78141 Schönwald
Tel.:+49 (0) 1577 402 1136, info@skt-eschle.de

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE26ZZZ00002037762** (Deutsche Bundesbank, Frankfurt/M.)

Mitgliedsnummer:

Betrag	
Name, Vorname	
Adresse	

Ich ermächtige den Verein Sozialer & Kultureller Treffpunkt Schönwald e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Sozialer & Kultureller Treffpunkt Schönwald e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut	
BLZ	
BIC	
IBAN	

Die Daten werden zu Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

…… , den…… ……
(Ort) (Datum) Unterschrift
(bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/erklären sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zur Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.)