

Tropfen e.V.

Aufnahmeantrag



Verein für schnelle
unbürokratische Hilfen für Kinder,
Jugendliche und deren Familien

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Tropfen e.V. Der Verein ist berechtigt, jährlich € Mitgliedsbeitrag (Mitgliedsbeitrag 10,00 € und/oder höherer Mitgliedsbeitrag auf eigenen Wunsch) von meinem Konto mittels SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen, hierfür füllen Sie bitte das SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat aus. Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 30. September schriftlich dem Verein zugeht.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ u. Wohnort: _____

Telefon/Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Vereinseintritt zum: _____

Datenschutz-Einwilligungserklärung:

Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben. Zur Bearbeitung Ihres Anliegens werden personenbezogene Daten von Ihnen erhoben wie z.B. Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie die notwendigen Angaben zur Bearbeitung. Die Verwendung oder Weitergabe Ihrer Daten an unbeteiligte Dritte wird ausgeschlossen.

Ich bin damit einverstanden *
* Es handelt sich um eine Pflichtangabe.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Tropfen e.V., z. Hd. Herrn Hans Rehbehn

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Neulandweg 1c

Postleitzahl und Ort:

86956 Schongau

Land:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE37ZZZ00000392638

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) 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

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Bezeichnung/Name des Kreditinstitut/Bank:

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):