**Fichtelgebirgsverein E.V. Ortsgruppe Waldershof e.V.**

**Beitrittserklärung**   **Sepa Lastschriftmandat**  (bitte ankreuzen)

Ich / wir erkläre(n) hiermit meinen / unseren Beitritt zum Fichtelgebirgsverein e.V., Ortsverein Waldershof e.V.

Jahresbeiträge (Stand 01.01.2020)

Vollmitglied 25 €, Ehegattenmitglied 12 €, Kinder bis zum 18. Lebensjahr beitragsfrei, für das 1. Kind vom 18.-27. Lebensjahr 8 €

Die Beendigung der Berufsausbildung bzw. des Studiums bis zum
27. Lebensjahr muss das bisher beitragsfrei gestellte Mitglied dem Ortsverein anzeigen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nachname | Vorname | Geb. am |
| Vollmitglied |  |  |  |
| Ehegattenmitglied |  |  |  |
| Kind |  |  |  |
| Kind |  |  |  |
| Kind |  |  |  |
| Kind |  |  |  |
| Anschrift |  |

Ich bin damit einverstanden, dass meine / unsere personenbezogenen Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden dürfen.

**SEPA-Lastschriftmandat** (Einzugsermächtigung)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE9005400000110384

Mandatsreferenz (FGVWALDERSH………………)

Ich ermächtige den Fichtelgebirgsverein Waldershof e.V. widerruflich Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Fichtelgebirgsverein Waldershof 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (Einzug am 10.02. jeden Jahres - für Neumitglieder am 31.10. des Eintrittsjahres – fällt dieser auf keinen Bankarbeitstag so am darauf folgenden Werktag)

Ich bestätige, die Datenschutzhinweise für Neumitglieder erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Vor- u. Nachname des Kto.-Inhabers: …………………………………………………………………..

IBAN: …………………………………………………………………………………………………………………….

BIC: ……………………………………………………………………………………………………………………….

Name des Kreditinstitutes: ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………… ……….………………………………...............................

Ort Datum Unterschrift