

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Kinderförderverein Hochlarmark**.

Name:

Nachname, Vorname

Adresse:

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Eintrittsdatum:

Mitgliedsbeitrag:

(frei wählbar, mindestens
1 € im Monat; bis zum
31.01.2024 ist die
Mitgliedschaft kostenfrei)

- 1 € im Monat
 5 € im Monat
 anderer Betrag: _____ € im Monat

Abbuchung

(wird frühestens im
Februar 2024 erfolgen)

- monatlich
 jährlich

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwei Wochen jederzeit für den Folgemonat möglich.

Aktive Mitarbeit

- Ich bin bereit, gelegentlich bei Aktionen mitzuhelfen und darf dafür kontaktiert werden.

**Erklärung zur
Datennutzung:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Vereinszwecke gespeichert verarbeitet und intern genutzt werden. Eine Veröffentlichung dieser Daten durch den Verein erfolgt nicht ohne meine gesonderte Zustimmung.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass der Verein Daten digital speichert, einen umfassenden Schutz vor Datendiebstahl oder Hackerangriffen jedoch nicht gewährleisten kann.

Ort

Datum

Unterschrift



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers

Kinderförderverein Hochlarmark, Karlstr. 32, 45661 Recklinghausen

Mandatsreferenz

(Wird vom Verein ausgefüllt)

Gläubiger-ID

(Wird noch beantragt)

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den **Kinderförderverein Hochlarmark** widerruflich, die von mir / uns zu entrichten- den Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den **Kinderförderverein Hochlarmark**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom **Kinderförderverein Hochlarmark** 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 Kontoinhabers/der Kontoinhaberin:

Anschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin:

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Kinderförderverein Hochlarmark über den Einzug in dieser Verfahrensart unter Nennung von Gläubigeridentifikationsnummer und Mandatsreferenz unterrichten. Die erste Abbuchung wird nicht vor Februar 2024 erfolgen.