

KLJB Stotzard e. V.
z. Hd. Alexander Kimmel
Zur Pollau 1
86447 Aindling – Stotzard

BEITRITTSERKLÄRUNG



Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Handy und Telefon:

die Mitgliedschaft in der KLJB Stotzard e.V. Der Jahresbeitrag beträgt 10,00 €.

DATENSCHUTZ

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung, Beitragseinzug und Versänden folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern, E-Mail, Geburtsdatum, Bankverbindung. Dies schließt die Weitergabe an die übergeordneten Ebenen, sofern sie die Daten für ihre eigene Verbandsorganisation benötigen, ein. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich möchte **per Mail** regelmäßig über Neuigkeiten und Aktivitäten der KLJB informiert werden. Wenn ich das nicht mehr will, kann ich die Informationen jederzeit über info@kljb-stotzard.de abbestellen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir auf der Facebook-Seite und auf der Homepage des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print und andere Medien übermittelt. Veröffentlicht werden ggf. Fotos, der Name und die Funktion im Verein. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann.

(Ort, Datum)

(Antragsteller)

(gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubigeridentifikationsnummer: DE26ZZZ00000647849
Mandatsreferenz (wird später mitgeteilt)
Zahlungstermin: jährlich zum 01.01.
Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger KLJB Stotzard e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger KLJB Stotzard 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.

Name, Vorname:
(Kontoinhaber)

IBAN:

BIC:

(Ort, Datum)

(Kontoinhaber)