

Beitrittserklärung Freundeskreis Asyl Radolfzell e.V.

Hiermit erkläre ich ab dem _____ meinen Beitritt als Mitglied im **Freundeskreis Asyl Radolfzell e.V.**

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt **mindestens 24,- €**. Im Eintritts- und Austrittsjahr ist der volle Jahresbeitrag fällig.

Als **Fördermitglied** zahle ich _____ €/Jahr.

Der Jahresbeitrag von **juristischen Personen beträgt** 150,- €

Aktive Mitglieder können auf Wunsch vom Jahresbeitrag befreit werden.

☐ Ich bin aktives Mitglied und bitte um Befreiung vom Jahresbeitrag

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Geb.Datum _____

Wohnort _____

E-Mail _____

Datenschutz

Mit der Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Verwaltungsarbeiten im Freundeskreis Asyl Radolfzell gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bin ich einverstanden.

☐ Ich bin mit der Übermittlung von Vereinsnachrichten per E-Mail an meine Mail-Adresse einverstanden.

Eine Abmeldung vom Informationsdienst und der Widerruf der Einwilligung zur Veröffentlichung personenbezogener Daten sind jederzeit gegenüber dem Vorstand möglich.

Personenbezogene Daten, die ich im Rahmen meiner Mitgliedschaft beim Freundeskreis Asyl Radolfzell e.V. erhalte, darf ich nur für Vereinszwecke verwenden. Eine Verwendung für andere Zwecke (insbesondere für kommerzielle Zwecke) sowie die Überlassung an außenstehende Dritte ist nicht zulässig.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds
(der/des gesetzlichen Vertreter/s)

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins:
DE87ZZZ00001896014

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Freundeskreis Asyl Radolfzell e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein 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.

Kontoinhaber _____

Bankinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Zurück an:

Freundeskreis Asyl Radolfzell e.V.
Brühlstr. 3
78315 Radolfzell
Email: vorstand@fk-asyl.org