Aufnahmeantrag

KNEIPP-VEREIN HALFING e.V. gegr. 1996

Ausgefüllten Aufnahmeantrag UND SEPA-Mandat bitte senden an

Kneipp-Verein Halfing

Frau Kathrin Schuhbeck

Haid Hs.Nr. 16, 83139 Söchtenau

Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft im

Kneipp-Verein Halfing e. V.

ab ……..…….....

zum Mitgliedsbeitrag (Mindestmitgliedschaft 1 Jahr) von:

☐ **Einzelperson** € 25,00 pro Jahr ☐ **Familie /** € 28,00 pro Jahr

……	……	……
Nachname	Vorname	geb. am
……	……	……
ggf. Partner/-in Nachname	Vorname	geb. am
……	……	……
Straße	PLZ	Ort
……	……	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	

Kinder unter 18 Jahren können beitragsfrei in die Familienmitgliedschaft aufgenommen werden:

……	……	……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am
……	……	……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am

Mit meiner/unserer Mitgliedschaft erkenne/n ich/wir die Satzung des Kneipp-Vereins Halfing (einzusehen über die Kontaktadresse) an. Der Bezug der Zeitschrift „Kneipp-Journal“ ist in der Mitgliedschaft enthalten. Mitglieder erhalten Vergünstigungen bei der Teilnahme an Kursen und Veranstaltungen. Kündigung drei Monate zum Jahresende.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke des Kneipp-Vereins und des Kneipp-Bund e.V. mit seinen Untergliederungen.
Eine Weitergabe der Daten an Dritte z.B. für Werbezwecke findet nicht statt.
(Informationen zum Datenschutz über die Kontaktadresse erhältlich)

☐ Ich/Wir willige/n ein, dass die freiwillig angegebenen Daten zu den vorgesehenen Zwecken verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann/können ich/wir jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft durch eine Anzeige an den Kneipp-Verein und den Kneipp-Bund e.V. widerrufen (es genügt jeweils eine E-Mail).

……	……	……
Ort	Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)
……	……	……
Ort	Datum	ggf. Unterschrift Partner/-in

Auszufüllen vom Kneipp-Verein:
Lieferung des **Kneipp-Journals** per ☐ Einzelversand ☐ Frachtversand

SEPA-Lastschriftmandat

Stand 2-9-2018

Name des Zahlungsempfängers:

Kneipp-Verein Halfing e. V.

……..……...
Name des Kneipp-Vereins

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Haid Hs.Nr. 16

……...
Straße und Hausnummer des Kneipp-Vereins

83139 Söchtenau

……..……...
PLZ und Ort des Kneipp-Vereins

für Mitgliedschaft von: ……..…..
Name des Mitglieds bzw. Hauptmitglieds

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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/-in):

……..……...
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | |
(Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)

…… ……..……...
Ort Datum (TT.MM.JJJJ)

……..……...
Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)