

Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft im

Kneipp-Verein Sulzbach e.V.

ab _____ (Mindestmitgliedschaft 1 Jahr) zum Mitgliedsbeitrag von:

Einzelperson 24 € pro Jahr

Familie 30 € pro Jahr

Eine Kündigung ist nur zum Jahresende möglich, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten.

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

ggf. Kind Nachname

Vorname

geb. am

Mit meiner/unserer Mitgliedschaft erkenne/n ich/wir die Satzung des Kneipp-Vereins Sulzbach in der jeweils gültigen Fassung an (einzusehen unter www.kneippverein-sulzbach.de/mitglied-werden/satzung). Der Bezug der Zeitschrift „Kneipp-Journal“ ist in der Mitgliedschaft enthalten. **Kündigung drei Monate zum Jahresende.**

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir die Informationen des Kneipp-Vereins Sulzbach zum Umgang mit den Daten gemäß Art.13 DS-GVO auf der Homepage www.kneippverein-sulzbach.de/Datenschutz einsehen kann/können.

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 Sulzbach e.V. widerrufen (es genügt jeweils eine E-Mail).

Ort

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Ort

Datum

ggf. Unterschrift Partner/-in

Der Antrag ist nur gültig mit dem ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite dieses Formulars.

SEPA-Lastschriftmandat



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Kneipp-Verein Sulzbach e.V.

Richard-Wagner-Straße 55

66280 Sulzbach

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000068450

für Mitgliedschaft von:

Name und Vorname des Mitglieds

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Bitte in Druckbuchstaben

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

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