

zurück an

Förderverein Kita St. Stilla
Walther-v.-d.-Vogelweide-Str. 2
91639 Wolframs-Eschenbach

oder an

kita-foerderverein@t-online.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Kita St. Stilla e.V.

Ich erkenne die Satzung des Vereins an.

Ich nehme darüber hinaus die untenstehenden Datenschutzrichtlinien im Sinne der DSGVO zur Kenntnis und willige in diese ein.

Mitgliedsnummer (vom Verein auszufüllen)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon / Mobiltelefon

E-Mail

Datenschutzrichtlinien

Die in dieser Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten werden vom **Förderverein Kita St. Stilla e.V.** ausschließlich zur Mitgliederverwaltung, Beitragseinziehung sowie Vereinsinformationsübermittlung verarbeitet, gespeichert und genutzt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied im Falle von fehlerhaften Daten ein Korrekturrecht.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Förderverein Kita St. Stilla e.V.

Name des Zahlungsempfängers (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Walther-v.-d.-Vogelweide-Str. 2, 91639 Wolframs-Eschenbach

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) des Zahlungsempfängers (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

DE33 ZZZ 0000 2324 077

Gläubiger-Identifikationsnummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, den Jahresbeitrag (derzeit in Höhe von 12,- EURO) für das laufende Kalenderjahr des Beitritts **einmalig**, mindestens 7 Tage nach Mandatserteilung, sowie **wiederkehrend** jährlich, ab dem ersten Werktag des jeweiligen Kalenderjahres, sowie ggf. eine einmalige Spende in der unten angegebenen Höhe von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

- Jahresbeitrag (derzeit 12,- EURO)
- Einmalige Spende in Höhe von _____ EURO

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC des Zahlungspflichtigen

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen