Beitrittserklärung und SEPA-Lastschriftmandat für den Förderverein Freibad Eilenstedt e.V. c/o Michael Richter, Bergstraße 8, 38838Eilenstedt

Ich trete dem Förderverein Freibad Eilenstedt e.V. als Vereinsmitglied bei. (*Pflichtfelder)

Vorname: *		Nachname: *	
Straße, Nr.: *		Postleitzahl: *	
Ort: *		Geburtsdatum: *	
Telefon/Mobil:		E-Mail:	
Vorname Partner:		Geburtsdatum:	
Vorname Kind 1:		Geburtsdatum:	
Vorname Kind 2:		Geburtsdatum	
Vorname Kind 3:		Geburtsdatum:	
Vorname Kind 4		Geburtsdatum:	

Bitte Foto(s) elektronisch (WhatsApp) oder per Post für den Mitgliedsausweis beifügen.

Die Mitgliedschaft beginnt am:

Ich erkläre mich bereit zur Zahlung eines Jahresbeitrages lt. Beitragssatzung vom 17. 11. 2023.

☐ **Der Jahresbeitrag soll per Lastschrift im März des lfd. Jahres eingezogen werden.**

Datenschutzhinweis: Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer/Deiner Mitgliedschaft erfasst bzw. verarbeitet.

☐ **Die Vereinssatzung und DSGVO habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.**

Natürliche Vereinsmitglieder, die ihren Mitgliedsbeitrag vor Saisonbeginn überwiesen haben, bekommen für die lfd. Saison unter Vorlage ihres Mitgliedsausweises kostenlosen Eintritt.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

Förderverein Freibad Eilenstedt e.V.; c/o Michael Richter, Bergstraße 8, 38838 Eilenstedt Vereinsregister Stendal Nr. VR4845; St.- Nr. 117/143/07713; **IBAN: DE09 8105 2000 0901 0527 10**

SEPA-Lastschriftmandat zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags

*Hiermit ermächtige ich den **Förderverein Freibad Eilenstedt e.V., Bergstraße 8, 38838 Eilenstedt, Deutschland** widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit März zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift, als wiederkehrende Zahlung einzuziehen.

Der Einzug darf erstmals erfolgen ab*****: _____

Gläubiger–Identifikationsnummer
des Förderverein Freibad Eilenstedt e.V.: **DE44ZZZ00002064307**

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger-Verein -ausgefüllt): _____

Name, Vorname	Anschrift Kontoinhaber
IBAN*****	

Hinweis: Ich kann innerhalb von neun Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)