

BEITRITTSERKLÄRUNG



Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum

Krankenpflegeverein Übersee

Kirchweg 4, 83236 Übersee

Name | Vorname _____

Straße | PLZ | Wohnort _____

Geburtsdatum | Telefon _____

- Ich bin bereit, **aktiv** im Krankenpflegeverein mitzuarbeiten und damit einverstanden, in eine Aktiven Liste aufgenommen zu werden.
- Ich möchte nur als **passives** Mitglied geführt werden.

Der Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Satzung und beträgt derzeit

18 € pro Jahr.

Der Beitrag wird im Lastschriftinzugsverfahren erhoben.

Mir ist bekannt, dass mit Einwilligung der Mitgliedschaft personenbezogene Daten von mir durch den Verein im Rahmen der Mitgliederverwaltung verarbeitet werden. Es besteht für mich jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung sowie Mitteilung bei von mir nicht vorgesehenen Löschungen oder Einschränkungen. Die Datenschutzerklärung ist auf unserer Website einsehbar. Für Bildaufnahmen (Film, Foto) und Berichten bei Veranstaltungen besteht die Einwilligung zur unentgeltlichen Verwendung sowie Veröffentlichung.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Krankenpflegeverein **widerruflich**, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag von meinem nachfolgend genannten Girokonto abzubuchen:

Name des Mitglieds

Name des Kontoinhabers

Name Kreditinstitut

IBAN

BIC

Diese Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf. Wenn mein o. g. Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Lastschrift einlösung.

.....
Datum

.....
Unterschrift Mitglied/Kontoinhaber

Bankverbindung Krankenpflegeverein VR-Bank IBAN: DE52711600 00 000 5046416 BIC GENODEF1VRR