

Wundverbund Gäuboden e. V. - Straubing



Aufnahmeantrag für Vereinsmitglieder

Hiermit beantrage ich ab dem 01.____.20____ meine Aufnahme in den Verein „Wundverbund Gäuboden e. V.“

1. Persönliche Angaben

_____	_____	_____
(Name)	(Vorname)	(geb.)
_____	_____	_____
(Straße, Hs.-Nr.)	(PLZ)	(Ort)
_____	_____	_____
(Tel. privat)	(Tel. dienstlich)	
_____	_____	_____
(Mobil)	(e-Mail)	

(derzeit ausgeübter Beruf)		

(Ausbildung)		

2. Anerkennung der Regularien des Vereins

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich an:

- die Satzung und Vereinsordnungen des Vereins,
- die Beitragsordnung des Vereins und die jeweils gültigen Beitragssätze.

3. Beginn der Mitgliedschaft

Mir ist bewußt, dass meine Mitgliedschaft erst durch Beschluß des Vorstandes in Kraft tritt. Über eine etwaige Ablehnung des Antrags auf Mitgliedschaft erhalte ich gemäß Satzung eine schriftliche Ablehnung innerhalb zweier Wochen nach Antragseingang. Ansonsten gilt der Antrag als angenommen.

4. Beitragshaftung für minderjährige Mitglieder

Ich/wir als der/die gesetzliche/n Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit (18. Lebensjahr) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

Unterschrift(en) zum Antrag auf Mitgliedschaft

5. Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Unterschrift(en) zur Datenschutzerklärung

Wundverbund Gäuboden e. V. - Straubing



6. SEPA-Lastschriftmandat

Allgemeine Angaben

Vereinsname: Wundverbund Gäuboden e.V.
Vereinsanschrift: Mühlsteingasse 7 b, c/o Dr. Christoph Weber, 94315 Straubing
Gläubiger-ID:
Mandatsreferenz:

Mandatsreferenz: Die Mandatsreferenz ist Ihre Vereinsmitgliedsnummer. (Diese wird Ihnen separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein „Wundverbund Gäuboden e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Wundverbund Gäuboden e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Meine Bankverbindung lautet:

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut : _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Ausgleich von Forderungen bei abweichendem Kontoinhaber

Soll das SEPA-Mandat nicht zum Ausgleich von Forderungen gegenüber dem Kontoinhaber dienen, so kreuzen Sie unten stehendes Kästchen an und geben den Namen des Mitgliedes an.

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Name: _____ Vorname: _____.

Unterschrift(en) zum SEPA-Lastschriftmandat