

Beitrittserklärung



senden an:

MissBiT e.V.
Rudolf Labarbe
Schloßstraße 41, 54293 Trier
E-Mail: info@missbit.de

Vereinsanschrift:

Dr. Thomas Schnitzler
Kobusweg 40, 54295 Trier
E-Mail: t.schnitzler@missbit.de

Ja, ich möchte dem Verein MissBiT e.V. ab dem

beitreten.

Name:

Geb.-Datum:

Vorname:

Telefon:

Straße:

Mobil:

PLZ:

Ort:

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein mir

Informationen an folgende E-Mail Adresse übermittelt:

Mitgliedschaft:

Einzelmitgliedschaft
24,00 € im Jahr

Mitgliedschaft für Paare
36,00 € im Jahr

Mitgliedschaft f. Jugendl. unter 18
6,00 € im Jahr

Mein Mitgliedspartner: (nur bei „Mitgliedschaft für Paare“ auszufüllen)

Name:

Geb.-Datum:

Vorname:

E-Mail:

Einverständniserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich bin mit der Verarbeitung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern, E-Mail Adresse. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Erklärung jederzeit durch Erklärung gegenüber dem Vorstand widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder (z. B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden dürfen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in den jeweiligen gültigen Fassungen verbindlich an.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertreter)

MissBiT e.V.
Kobusweg 40, 54295 Trier

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE96ZZZ00002351073

SEPA-Lastschriftmandat
Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer
Ich ermächtige MissBiT e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von MissBiT e.V. 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.

Kontoinhaber:

Name:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber