

Beitrittserklärung

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