

Aufnahmeantrag

Mandatsreferenz Gaggenau 1926 e. V.
 Gläubiger-ID: DE25ZZZ00000535638

Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft im Kneipp-Verein Gaggenau 1926 e.V.

ab zum Mitgliedsbetrag (Mindestmitgliedschaft 1 Jahr) von:

Einzelperson € **21,00**..pro Jahr Familie € **25,00**... pro Jahr Einrichtung/Betrieb € ...pro Jahr

..... Nachname	..... Vorname	..... geb. am
..... ggf. Partner/-in Nachname	..... Vorname	..... geb. am
..... Straße	..... PLZ	..... Ort
..... Telefonnummer (freiwillige Angabe)	..... E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	

Kinder unter 18 Jahren können beitragsfrei in die Familienmitgliedschaft aufgenommen werden:

..... ggf. Kind Nachname	..... Vorname	..... geb. am
..... ggf. Kind Nachname	..... Vorname	..... geb. am

Mit meiner/unserer Mitgliedschaft erkenne/n ich/wir die Satzung des Kneipp-Vereins Gaggenau 1926 e.V. und die Satzung des Kneipp-Bund e.V. an. Der Bezug der Zeitschrift „Kneipp-Journal“ ist in der Mitgliedschaft enthalten. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke des Kneipp-Vereins und des Kneipp-Bund e.V. mit seinen Untergliederungen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte z.B. für Werbezwecke findet nicht statt.

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir die Informationen des Kneipp-Vereins zum Umgang mit den Daten gemäß Art.13 DSGVO erhalten habe/n.

Ich/Wir willige/n ein, dass die freiwillig angegebenen Daten zu den vorgesehenen Zwecken verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann/können ich/wir jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft durch eine Anzeige an den Kneipp-Verein widerrufen (es genügt jeweils eine E-Mail).

SEPA-Lastschriftmandat:
 Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
 Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
 Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

 Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)
Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):
 IBAN

D	E	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|	|
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

..... Ort Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)
--------------	----------------	---