

Beitrittserklärung

Ich bitte, im Verein Careleaver e.V. aufgenommen zu werden.

Name		Vorname	
Institution			
Straße und Hausnummer		PLZ	Ort
Telefon (freiwillig)	E-Mail		Geburtstag (freiwillig)
Art der Mitgliedschaft			
<input type="checkbox"/> Schüler, Azubis, Studis (12,00 Euro jährlich)		<input type="checkbox"/> Regulär (24,00 Euro jährlich)	
<input type="checkbox"/> Fördermitglied (min. 50,00 Euro jährlich) _____ Euro		<input type="checkbox"/> Institution (min. 100,00 Euro jährlich) _____ Euro	

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken genutzt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Der Widerruf ist zu richten an:

Careleaver e.V., Universitätsplatz 1, 31141 Hildesheim, Mail: info@careleaver.de

Hiermit ermächtige ich den Verein Careleaver e.V., widerruflich fällige Mitgliedsbeiträge per Lastschrift von meinem nachstehend genannten Bankkonto einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Verein Careleaver e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen ab dem Belastungsdatum die Rückbuchung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Abbuchung erfolgt am 01.04. des Jahres, ohne vorherige Erinnerung.

IBAN:

Bank/Ort: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung gelesen habe und sie anerkenne.
- Die Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Wird vom Verein ausgefüllt!

Mitgliedsnummer:

Aufnahmedatum:

Kontoverbindung Careleaver e.V.
IBAN: DE78 2595 0130 0034 7578 79
BIC: NOLADE21HIK

Careleaver e.V.
Universitätsplatz 1
D-31141 Hildesheim