

Beitrittserklärung

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

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., Basler Str. 115, 79115 Freiburg, 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 oder zu einem späteren Zeitpunkt, wenn der Beginn der Mitgliedschaft nach dem 01.04. liegt.

IBAN:

Bank/Ort: _____ BIC: _____

Kontoinhaber*in: _____

- 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*in bzw. gesetzliche*r Vertreter*in _____

Wird vom Verein ausgefüllt!

Mitgliedsnummer: _____

Aufnahmedatum: _____