Beitrittserklärung

Ich trete dem Verein „WinO“ – Wir in Ockenheim als **passives** / **aktives** Mitglied bei.
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Vorname:		Nachname	
Geburtsdatum:		Email:	
Postleitzahl:		Ort:	
Straße/Nr.:		Telefon	

Die Mitgliedschaft beginnt am: _____

Ich erkläre mich zur Zahlung eines Jahresbeitrages von _____ EUR bereit.

lt. Satzung vom 23.02.2010 beträgt der Jahresbeitrag für Erwachsene € 12,00
für volljährige Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehrdienst- oder
Zivildienstleistende und Absolventen eins FSJ bis zum Alter von 27 Jahren € 6,00
Minderjährige Mitglieder sind beitragsbefreit.
Der Beitrag soll jährlich per SEPA-Lastschrift eingezogen werden.

Datenschutzhinweis:

Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung der Mitgliedschaft von WinO oder durch einen Vertragspartner erfasst bzw. verarbeitet.
Durch meine Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass Fotos von mir/meines Kindes im Zusammenhang mit der grafischen Darstellung der Homepage von WinO oder auf unserer FB-Seite sowie im Rahmen der Presseberichte veröffentlicht werden dürfen.
Einer Aufnahme meiner email-Adresse in den Infoverteiler stimme ich zu. Ich kann vorstehende Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen. Ich bestätige den Erhalt der Datenschutzhinweise nach Artikel 13 und 14 DSGVO, wie sie auch in der Satzung vom 20.05.2019 verabschiedet wurden. Eine Satzungsausfertigung auf Wunsch in digitaler Form erhältlich.

Ort, Datum: Unterschrift:

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Name/Anschrift des Zahlungsempfängers: WinO-Wir in Ockenheim eV, Bahnhofstr. 12
55437 Ockenheim
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00000971469

Mandatsreferenz (von WinO auszufüllen):_____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe vorstehend), den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe vorstehend) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend ab dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **(Bankverbindung WinO: IBAN: DE73 3006 0601 0006 3117 01, Deutsche Apotheker- und Ärztebank)**

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung
Name Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber: _____

Anschrift Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber:_____
IBAN d. Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber, max 35 Stellen:

BIC (8 oder 11 Stellen)

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Wir in Ockenheim e.V.