

Aufnahmeantrag



Ich möchte Mitglied werden im Verein „Historische Kulturlandschaften im Oldenburger Land e.V.“

1. Vorname, Name:

bei Familienmitgliedschaft 2. Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Email-Adresse zu 1:

Email-Adresse zu 2:

Geburtsdatum zu 1:

Geburtsdatum zu 2:

Telefonnummer (privat) zu 1:

Telefonnummer (privat) zu 2:

Telefonnummer (dienstlich) zu 1:

Telefonnummer (dienstlich) zu 2:

Art der Mitgliedschaft und Jahresbeitrag

- Einzelmitglied (Jahresbeitrag 30,00 €)
- Familienmitgliedschaft (Jahresbeitrag 40,00 €)
- Verein / Verband (Jahresbeitrag 35,00 €)
- Gebietskörperschaft (Jahresbeitrag nach Vereinbarung)

Der Jahresbeitrag ist fällig jeweils zum 1. Juli eines Kalenderjahres.

Unterschrift (zugleich Anerkennung der Satzung)

Ort, Datum

Hinweise zum Datenschutz:

Der Verein erhebt und verarbeitet Ihre Daten ausschließlich für Vereinszwecke und um Ihnen Informationen über die Vereinsarbeit zu übermitteln. Ihre Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Der Verwendung Ihrer Daten können Sie jederzeit formlos widersprechen. Einzelheiten enthält die Datenschutz-Ordnung des Vereins.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates
Vereinigte Volksbank eG

Name des Zahlungsempfängers:

Historische Kulturlandschaften im Oldenburger Land e.V., Sitz: Hude

Anschrift des Zahlungsempfängers:

c/o Karin Rohde, Hasenlauf 7, 27798 Hude

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE48ZZZ00002255034

Mandatsreferenz:

Jahresbeitrag Historische KL-

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

BIC des Zahlungspflichtigen (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)