

Freiwilligenagentur Lilienthal e.V.

Beitrittserklärung



Hiermit beantrage ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft in der Freiwilligenagentur Lilienthal e.V. gemäß der gültigen Satzung:

Bei Privatpersonen: Name, Vorname*	
Geburtsdatum*	
Bei juristischen Personen: Name des Vereins/Verbandes/der Organisation* 1. Vertretungsberechtigte Person* 2. Vertretungsberechtigte Person	
Straße*	
PLZ und Wohnort*	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Homepage	

*Pflichtangaben

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Der Antrag auf Aufnahme in die Freiwilligenagentur Lilienthal e.V. ist unter Verwendung des Aufnahmeantrags schriftlich an den Vorstand zu richten. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der positiven Entscheidung des Vorstands über den Aufnahmeantrag.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von mir angegebenen personenbezogenen Daten durch die Freiwilligenagentur Lilienthal e.V. ausschließlich zur Mitgliederverwaltung des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch die Freiwilligenagentur Lilienthal e.V. im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Eine Übermittlung von Teilen dieser Daten an Fachverbände (z.B. Lagfa, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Familie und Jugend) findet nur im Rahmen der in den Satzungen der Fachverbände festgelegten Zwecke statt. Eine Datenübermittlung an Dritte außerhalb der oben genannten findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten in einem angemessenen Zeitraum gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht. Jedes Mitglied kann die Einwilligung in die Datenverarbeitung der freiwilligen Angaben jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Empfängers (Gläubiger)

Freiwilligenagentur Lilienthal e.V.

Hauptstraße 63a

28865 Lilienthal

Mit der Aufnahmebestätigung in den Verein ermächtige ich/wir die **Freiwilligenagentur Lilienthal e.V.** den Jahresbeitrag in Höhe von z.Zt. 12,00 € gemäß der Gründungsversammlung vom 03. April 2003 wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom der **Freiwilligenagentur Lilienthal e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC*	IBAN
Ort, Datum	Unterschrift

* muss bei Zahlungen innerhalb EU/EWR nicht ausgefüllt werden

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Empfängers (Gläubiger)

Freiwilligenagentur Lilienthal e.V.

Hauptstraße 63a

28865 Lilienthal

Mit der Aufnahmebestätigung in den Verein ermächtige ich/wir die **Freiwilligenagentur Lilienthal e.V.** den Jahresbeitrag in Höhe von z.Zt. 12,00 € gemäß der Gründungsversammlung vom 03. April 2003 wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom der **Freiwilligenagentur Lilienthal e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC*	IBAN
Ort, Datum	Unterschrift

* muss bei Zahlungen innerhalb EU/EWR nicht ausgefüllt werden

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen