

# Beitrittserklärung

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandats

**Zahlungsempfänger:**

Verein zur Partnerschaftspflege Birkenau La- Rochefoucauld e.V.  
69488 Birkenau

**Unsere Gläubiger-ID lautet:** DE20ZZZ00000144333

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

**Mandatsreferenz** ist die Mitgliedsnummer :

**Datenschutzhinweis:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft benötigten personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union per EDV für den Verein erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Eine andere Weitergabe von personenbezogenen Daten von Mitgliedern findet nicht statt.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass gegebenenfalls Bilder oder Berichte von Ihnen in Zeitungen oder auf unsere Vereinsseite im Internet veröffentlicht werden können. Bilder und Texte verfolgen ausschließlich den Zweck, den Verein mit dessen Aktivitäten in der Öffentlichkeit darzustellen.

**Hinweis:** Der Nutzung und Übermittlung Ihrer Daten sowie jeglicher Veröffentlichung in Wort und Bild können Sie jederzeit widersprechen.

Ich erkläre hiermit meinen Eintritt in den Verein zur  
Partnerschaftspflege Birkenau – La Rochefoucauld e. V.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Eintrittstag: \_\_\_\_\_

Der jährliche Mindestbeitrag für Privatpersonen beträgt 20,00 EUR

Der jährliche Mindestbeitrag für Vereine oder Organisationen beträgt 65,00  
EUR

Ich zahle einen jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro

Hiermit ermächtige ich den Verein zur Partnerschaftspflege Birkenau – La Rochefoucauld e. V. bis auf Widerruf, den von mir zu entrichtenden Beitrag in Höhe von jährlich \_\_\_\_\_ Euro bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

IBAN-NR: \_\_\_\_\_ bei der

\_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Mitgliederverwaltung:**

Helmut Heimerl – Giselherstr. 17 – 69469 Weinheim – helmut.heimerl@gmx.de