



Beitrittserklärung MuKi MutterKind-Kontaktverlust e.V.

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied im MuKi MutterKind-Kontaktverlust e.V., Lüneburg

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Den aktuellen Jahresbeitrag entnehmen Sie der beiliegenden Satzung, dieser beträgt _____-€

Ort, Datum

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

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige den MuKi MutterKind-Kontaktverlust e.V. , Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am (01.02.) jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres am (15.) des auf den Eintritt folgenden Monats.

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.

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Datenschutz

MuKi e.V. benötigt für die Verwaltung meiner Mitgliedschaft meine personenbezogenen Daten. Diese Daten werden durch den Verein zur Mitgliederversammlung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung verarbeitet Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und E-Mail-Adresse. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne Bekanntgabe dieser Daten nicht stattgegeben werden kann.