



Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit meinen Beitritt in die Heimatgilde "Frohsinn" e.V. Vöhrenbach

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Mitgliedsbeitrag

Ich zahle als Mitgliedsbeitrag

- einen freiwilligen Beitrag (inkl. Mindestbeitrag) in Höhe von _____,- €
 den Mindestbeitrag für Erwachsene 20,- €
 den Mindestbeitrag für Schüler, Studenten und Auszubildende
über 18 Jahre (*) 15,- €

* Nach abgeschlossenem(r) Studium/Ausbildung bin ich als Mitglied verpflichtet die Änderung dem/der Kassierer/in mitzuteilen. Mit der anschließenden Anpassung zum Mitgliedsbeitrag für Erwachsene bin ich einverstanden.

Beitragshaftung für minderjährige Mitglieder

Ich/Wir als der/die gesetzliche/n Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit (18. Lebensjahr) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift

ges. Vertr. bei Minderjährigen

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt jährlich zum 1. Juli per Lastschrift.

Zahlungsempfänger: Heimatgilde "Frohsinn" e.V. Vöhrenbach
Johann-Peter-Hebel-Straße 3
78147 Vöhrenbach

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE65ZZZ00000392619

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Heimatgilde "Frohsinn" e.V. Vöhrenbach, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Heimatgilde "Frohsinn" e.V. Vöhrenbach auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben des Kontoinhabers

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	PLZ, Ort
_____	_____
Kreditinstitut	BIC
_____	_____
IBAN	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber

Ausgleich von Forderungen bei abweichendem Kontoinhaber

Soll das SEPA-Lastschriftmandat nicht zum Ausgleich von Forderungen gegenüber dem Kontoinhaber dienen, sondern zum Beispiel für den Einzug der Mitgliedsbeiträge eines Kindes von dem Konto der Eltern, so kreuzen Sie unten stehendes Kästchen und geben Sie den Namen des Mitgliedes an.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

_____	_____
Name	Vorname

Seite 2 von 2

Vertretungsberechtigter
Vorstand
Stephan Winker
Markus Schätzle
Karin Böhler

E-Mail / Internet
postfach@heimatgilde-frohsinn.de
www.heimatgilde-frohsinn.de

Bankverbindung
Sparkasse Schwarzwald Baar
BIC: SOLADES1VSS
IBAN: DE04694500650004002648

Registergericht/-Nr.
Amtsgericht Freiburg
VR 610248

USt-IdNr.
DE141910603