



Beitrittserklärung „Förderverein Medical Task Force 13 e.V.“

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied im „Förderverein Medical Task Force 13“ e.V. mit Sitz in Grevesmühlen.

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Weiterhin entrichte ich monatlich einen Beitrag von _____ € (mindestens 1 € / Monat). Der Betrag wird als Jahresbetrag gezahlt. Ab einem Beitrag von 5 €/Monat besteht zudem die Möglichkeit den Jahresbetrag in 2 Raten halbjährlich zu begleichen.

Zahlweise bei 5 €/Monat oder mehr: halbjährlich jährlich (nichtzutreffendes streichen)

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Bei Minderjährigen (Mindestalter bei Stellung des Antrags ist 16 Jahre):

Hiermit genehmigen wir gemäß § 108 Abs. 1 BGB den von unserem Sohn/unsere Tochter

_____ am _____ erklärten Beitritt zum Förderverein Medical Task

Force 13 e.V. mit Sitz in Grevesmühlen. _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter

Datenschutz-Hinweis: Bei der Bearbeitung Ihres Anliegens/Antrages verarbeiten wir personenbezogene Daten. Zur Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß Art. 13 DS-GVO stellen wir für Sie Informationen auf Wunsch zur Verfügung und informieren umfassend über Ihre Rechte und den Umgang mit Ihren Daten. Infos auch unter www.foerderverein-mtf13.de. Ich bin mit der Nutzung meiner E-Mail-Adresse für die Übermittlung von Informationen einverstanden, kann jedoch jederzeit diese Einwilligung schriftlich widerrufen. Ich stimme dem Beitritt der Whatsapp-Gruppe für Vereinsmitglieder zu, kann jedoch jederzeit die Gruppe wieder verlassen.

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE55MTF00002270622

Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Förderverein Medical Task Force 13 e.V. aus Grevesmühlen, 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/Halbjahresbeitrag am (01.01./01.07.) 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-Hinweis: Bei der Bearbeitung Ihres Anliegens/Antrages verarbeiten wir personenbezogene Daten. Zur Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß Art. 13 DS-GVO stellen wir für Sie Informationen auf Wunsch zur Verfügung und informieren umfassend über Ihre Rechte und den Umgang mit Ihren Daten. Infos auch unter www.foerderverein-mtf13.de. Ich bin mit der Nutzung meiner E-Mail-Adresse für die Übermittlung von Informationen einverstanden, kann jedoch jederzeit diese Einwilligung schriftlich widerrufen. Ich stimme dem Beitritt der Whatsapp-Gruppe für Vereinsmitglieder zu, kann jedoch jederzeit die Gruppe wieder verlassen.