

Mitglied werden – unterstützen und profitieren



**Ich beantrage hiermit meine Aufnahme als Mitglied im Kinder- und Jugendförderverein
Platjenwerbe e.V.**

Bitte handschriftlich in Druckbuchstaben oder als pdf-Formular ausfüllen (Pflichtfeld)!*

Nachname*	Vorname*
Straße*	Haus-Nr.*
Postleitzahl*	Ort*
Telefon	E-Mail

Allgemeines:

Durch meine Unterschrift erkenne ich die zum Zeitpunkt der Unterschrift gültige Satzung des Vereins, die mir vom Vorstand bzw. unter www.kijuv.de zur Kenntnis gegeben wurde, an.

Der Austritt ist gegenüber dem Vorstand schriftlich anzuzeigen. Die Kündigungsfrist für die Vereinsmitgliedschaft beträgt 6 Wochen zum Ende eines Halbjahres (30.06. bzw. 31.12.).

Datenschutzerklärung:

Der Vereinsvorstand weist darauf hin, dass ausreichende Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes getroffen wurden. Die erfassten Daten eines Mitglieds werden nur vereinsintern für die Verwaltung und Abrechnung der Mitglieder und zur Übersendung von vereinsinternen Informationen per E-Mail oder postalisch genutzt. Einsicht in Ihre Daten hat nur der Geschäftsführende Vorstand des Vereins. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen. Jedes Vereinsmitglied kann seine Einwilligung gegenüber dem Vereinsvorstand jederzeit widerrufen. Sollte die Mitgliedschaft nicht zustande kommen, werden die Daten innerhalb von 6 Monaten gelöscht. Weiteres zum Thema Datenschutz unter www.kijuv.de.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit unserer Datenschutzerklärung einverstanden.

Ort / Datum*	Unterschrift*
--------------	---------------

SEPA-Lastschriftmandat:

Wir bitten Sie das SEPA-Lastschriftmandat für den Einzug der Beiträge vollständig auszufüllen.

Mandatsreferenz (wird separat bekannt gegeben)

Ich ermächtige den Kinder- und Jugendförderverein Platjenwerbe e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Beitrag von 1,60€ im Monat wird einmal jährlich zum Jahresende abgebucht. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kinder- und Jugendförderverein Platjenwerbe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE28ZZZ00000774786

Vorname und Name (Kontoinhaber:in)*	
Kreditinstitut (Name)*	(BIC)* _____ _____ _____ _____
IBAN* DE ____ _____ _____ _____	
Ort / Datum*	Unterschrift*