



DÖRPSMOBIL SH
Gettorf – Dänischer Wohld

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Dörpsmobil Gettorf e.V.

Name: _____ Vorname: _____ Mitgliedsnummer: _____

Geb.-Datum: _____

Verein/Betrieb: _____

PLZ/Ort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Führerscheinnummer: _____ (Kopie bitte beifügen)

Ich möchte folgende Mitgliedschaft:

☐ Einzelmitgliedschaft mtl. Mitgliedsbeitrag 6,00 EUR

☐ Haushaltsmitgliedschaft mtl. Mitgliedsbeitrag 10,00 EUR

☐ Gruppenmitgliedschaft (Betrieb, Verband, Verein) mtl. Mitgliedsbeitrag 10,00 EUR

mit folgenden weiteren Personen:

Name, Vorname	Geb.-Datum	Führerscheinnummer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Der Mitgliedsbeitrag wird zum 15. Februar jedes Jahres abgebucht. Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ort/Datum

Unterschrift

Nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Umgang mit den Daten:

Mit dem Beitritt eines Mitgliedes nimmt der Verein dessen Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten und Bankverbindung auf. Diese Daten werden ausschließlich zur Mitgliederverwaltung erhoben und verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben. Die personenbezogenen Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Das Mitglied kann jederzeit über die zu ihrer Person gespeicherten Daten Auskunft erhalten.



DÖRPSMOBIL SH
Gettorf – Dänischer Wohld

Dörpsmobil Gettorf e.V.
Amselstieg 13, 24214 Gettorf

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE 84ZZ Z000 0234 0910

Sepa-Lastschrift-Mandat

Mitgliedsnummer: _____

Name/Vorname (Kontoinhaber): _____

PLZ/Ort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Ich ermächtige den Verein Dörpsmobil Gettorf e.V., den jeweils fälligen Betrag für

- Mitgliedbeitrag am 15. Februar jedes Jahres und
- Nutzungsgebühren für das Dörpsmobil

von dem oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Dörpsmobil Gettorf e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Ersattung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE _____

BIC: _____ (Nur bei ausländischen Kreditinstituten erforderlich)

Kreditinstitut: _____

Ort/Datum

Unterschrift

Beleg bearbeitet: _____ Mandat-Nr.: _____