



## ***LandFrauenVerein Burg und Umgebung***

### **Beitrittserklärung**

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied im  
LandFrauenVerein Burg u. U.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Mit dem Antrag wird der elektronischen Verarbeitung der personenbezogenen Daten zugestimmt. Die Daten werden zum Zwecke der Mitgliederverwaltung auf Grundlage des gültigen Datenschutzgesetzes verarbeitet und vertraulich behandelt.

Für Veröffentlichungen unseres Ortsvereins werden von Veranstaltungen und Ausflügen Fotos gemacht. Falls Sie mit der Veröffentlichung dieser Fotos nicht einverstanden sind, bitten wir um Ihren schriftlichen Widerspruch. Bitte reichen Sie diesen ggf. beim Vorstand ein.

Ort und Datum, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie Ihr Programm zugestellt bekommen?  
per Austräger ( ) oder per E-Mail ( )

**Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Jahresende möglich!**

**Die Kündigung muss bis zum 30.11. eines Jahres erfolgt sein.**

=====



## SEPA -Basis-Lastschriftmandat LandFrauenVerein Burg u. U.

<b>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</b>
<b>LandFrauenVerein Burg u. U. Sabine Courtenay Feldstraße 7 25712 Burg</b>
<b>Gläubiger Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000766115</b>
<b>Mandatsreferenz:</b>

Ich ermächtige den LandFrauenVerein Burg u. U. den Jahresbeitrag in Höhe von 30,00 € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom vorgenannten LandFrauenVerein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Jährliches Fälligkeitsdatum ist der **05.02**. Fällt der Fälligkeitstag des zu zahlenden Betrages auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so wird der nächste Geschäftstag als Fälligkeitstag gewählt.

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

### Zahlungspflichtiger:

Name des Kontoinhabers:	
Anschrift <small>(falls abweichend vom Antragsteller)</small>	
Kreditinstitut	
IBAN	DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
BIC	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Kontoinhaber)

**Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular im Original an uns zurück.**