

Musikverein Bad Boll 1894 e.V.

Thomas Sandherr Hauptstr. 12J 73087 Bad Boll email: finanzvorstand@mv-boll.de

Aufnahmeantrag Seite 1 von 2

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Musikverein Bad Boll 1894 e.V.

Name _____

Vorname _____

Geb. am _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____ eMail _____

Jahresmitgliedsbeitrag 40,00 EUR Fällig zum Beitritt, danach jährlich zum 1.April

Die Kündigungsfrist der Mitgliedschaft beträgt 1 Monat vor Jahresende und muss schriftlich erfolgen.

Datenschutzrechtliche Unterrichtung zum Umgang mit Mitgliedsdaten

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten erfolgt im Verein nach den Richtlinien der EU-weiten Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie des gültigen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Die für einen Vereinseintritt notwendigen Daten, die zur Verfolgung der Vereinsziele (siehe Satzung) und für die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder erforderlich sind, dürfen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO hier in dieser Beitrittserklärung bzw. Aufnahmeantrag erhoben werden.

Verantwortlich für den Datenschutz im Verein ist der Vorsitzende.

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller

Musikverein Bad Boll 1894 e.V.

Thomas Sandherr Hauptstr. 12J 73087 Bad Boll email: finanzvorstand@mv-boll.de

Aufnahmeantrag Seite 2 von 2

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Musikverein Bad Boll 1894 e.V. Thomas Sandherr Hauptstr. 12J 73087 Bad Boll
Volksbank Göppingen IBAN: DE52 6106 0500 0480 3250 06 BIC: GENODES1VGP
Gläubiger-Identifikationsnummer DE39MVB00000430335
Mandatsreferenz wird Ihnen noch bekannt gegeben

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Musikverein Bad Boll 1894 e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Musikverein Bad Boll 1894 e.V. von meinem/ unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber _____
Straße / Nr. _____
PLZ, Ort _____
Land _____
Kreditinstitut _____
BIC _____
IBAN _____

Fälligkeit: Jahresmitgliedsbeitrag 40,00 EUR zum Beitritt, danach jährlich zum 01. April

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende / Feiertag verschiebt sich die Fälligkeit auf den 1. darauf folgenden Werktag. Bitte sorgen Sie für ausreichende Kontodeckung.

Datum

Unterschrift(en)