



Bürgerverein Sillenstede e.V.
gegr. 1903



Beitrittserklärung

An den Bürgerverein Sillenstede e. V.

Kontakt: www.buergerverein-sillenstede.de

email: buergerverein@sillenste.de

Postweg: Wolfgang Stumpf -Kassenwart- Johann-Gerriets Str. 42, 26419 Schortens/OT Sillenstede

Name :

Vorname :

geb. am :

Lebenspartner :

geb. am :

geborene :

verh. seit :

Tag / Monat / Jahr

Kinder
bis zum
vollendeten
12. Lebensjahr
können an den
Veranstaltungen
des BV für Kinder
teilnehmen

Kind 1 :

geb. am :

Kind 2 :

geb. am :

Kind 3 :

geb. am :

Kind 4 :

geb. am :

PLZ / Wohnort :

Tel. - Nr. :

Straße :

E-Mail-Adr. :

Datum :

Unterschrift des Auftraggebers

Unterschrift Familienmitglied
(Lebenspartner)

Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Funktion im Verein und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte ohne Einverständnis findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/ der Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht. Weitere Infos zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage.

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Bürgerverein Sillenstede e. V., von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bürgerverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Name des Kontoführenden Kreditinstituts :

Einzug zu Lasten meines Kontos
IBAN - Nr. :

BIC (bzw. früher Bankleitzahl)

Datum :

Unterschrift des Auftraggebers