

Mitgliedsantrag



Ich erkläre meinen Eintritt in den Förderverein
Büchereien Niederkassel probiblio e.V..
Alle Angaben sind Pflichtangaben!

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mailadresse: _____

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern und E-Mailadresse. Die Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt zu keinem Zeitpunkt.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse.

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

**Die Aufnahme ist nur mit einem erteilten SEPA-Lastschriftmandat möglich!
Das Formular finden Sie auf der Rückseite.**

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Probiblio e.V. Förderverein Büchereien Niederkassel

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

c/o Spessartstr. 8a

Postleitzahl und Ort:

53859 Niederkassel

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE28ZZZ00000126535

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen probiblio e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Jahresbeitrag in Höhe von _____ € bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen probiblio e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von probiblio e.V. auf mein / unser 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**