



Wilhelm-Baastrup-Platz 4
21244 Buchholz

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE66ZZZ00000614634

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Beruf*: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

PLZ: _____ E-Mail*: _____

Telefon: _____ * freiwillige Angaben

Bei Familienmitgliedschaft Familienmitglieder / Partner:

monatlicher Beitrag*: € ☐ _____ ☐ 20,- ☐ 10,- ☐ 5,- ☐ 4,- 2,50

* Familienbeitrag: monatlich mindestens € 4,-

Kostenpflichtige Kurse:

Monatlicher Beitrag:

Grundlage für die Mitgliedschaft ist die Satzung in Verbindung mit dem Statut der Arbeiterwohlfahrt (Statut eingetragen beim Amtsgericht Berlin Charlottenburg VR 29346).

Ich stimme zu, dass meine Daten unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung (DsGVo) ausschließlich für Verbandsinterne Zwecke der Arbeiterwohlfahrt und zur Mitgliederverwaltung gespeichert und genutzt werden.

Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen zur Erfüllung der in der Satzung aufgeführten Zwecke und Aufgaben. Durch die Mitgliedschaft und der damit verbundenen Anerkennung der Satzung stimme ich außerdem der Veröffentlichung von Bildern und Namen in Print und Telemedien sowie elektronischen Medien zu, soweit dies den Satzungsmäßigen Zwecken des Vereins entspricht.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten, sowie im Falle der Unrichtigkeit Berichtigung, Löschung oder Sperrung meiner Daten.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Eintritts- und Geburtsdatum in Publikationen der Arbeiterwohlfahrt OV Buchholz aus Anlass der Dauer meiner Mitgliedschaft und meines Geburtstages veröffentlicht werden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kündigung der Mitgliedschaft mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich ist.

_____, den

Ort

Datum

Unterschrift



Ich möchte Mitglied werden in der
Arbeiterwohlfahrt OV Buchholz e.V.

Seite 2

**Wilhelm-Baastrup-Platz 4
21244 Buchholz**

**Gläubiger-Identifikationsnummer
DE66ZZZ00000614634**

Geworben von: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Arbeiterwohlfahrt OV Buchholz e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeiterwohlfahrt OV Buchholz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag soll

☐ **vierteljährlich**, ☐ **halbjährlich** oder ☐ **jährlich**

eingezogen werden.

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.

Kreditinstitut: _____

IBAN: **DE** ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____

Ort: _____ **Datum:** _____

Unterschrift: _____

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.