

St. Sebastian-Schützenbruderschaft 1857 e.V. Alme

Gemeindehalle Alme

Beitrittserklärung / Einzugsermächtigung



Adressdaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Beitrittserklärung

(bitte ggf. ankreuzen)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur St. Sebastian-Schützenbruderschaft 1857 e.V. Alme. Mit dem Beitritt erkenne ich die Satzung an.

Datenschutzklausel

Mit dem Beitritt erklärt sich das Mitglied einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft benötigten personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Vorgaben des DSGVO per EDV für den Verein erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht eingegangen werden. Nach Ausscheiden des Mitglieds werden sämtliche personenbezogene Daten spätestens nach 10 Jahren gelöscht.

Die überlassenen personenbezogenen Daten dürfen ausschließlich für Vereinszwecke verwendet werden. Hierzu zählen insbesondere die Mitgliederverwaltung, die Durchführung des Sport- und Spielbetriebes, die üblichen Veröffentlichungen von Ergebnissen in der Presse, im Internet sowie Aushänge am "Schwarzen Brett". Eine anderweitige Verarbeitung oder Nutzung (z.B. Übermittlung an Dritte) ist - mit Ausnahme der erforderlichen Weitergabe von Angaben zur namentlichen Mitgliedermeldung an den jeweiligen Kreisschützenbund, sowie an den Sauerländer Schützenbund zum Zwecke von Ehrungen und zur Erlangung von Startberechtigungen an entsprechende Verbände - nicht zulässig.

Datum / Unterschrift: _____

SEPA-Lastschrift-Mandat (Einzugsermächtigung)

(bitte ggf. ankreuzen)

Hiermit ermächtige ich die St. Sebastian-Schützenbruderschaft 1857 e.V. Alme (*Gläubiger-Identifikationsnummer DE40ZZZ00000206150*), den Mitgliedsbeitrag jeweils bei Fälligkeit wiederkehrend zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der St. Sebastian-Schützenbruderschaft 1857 e.V. Alme 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.

Konto:	
DE __ ____ ____ ____ ____ __	
Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen	
Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen (Bank)	
(bitte ankreuzen)	
<input type="radio"/> Sparkasse Hochsauerland	WELADED1HSL
<input type="radio"/> Volksbank Brilon-Büren-Salzkotten	GENODEM1BUS
<input type="radio"/> andere (bitte Name <u>und</u> BIC angeben):	
_____	_____ _____
Name der Bank	Internationale Bankleitzahl BIC
Mandatsreferenz	
- wird vom Verein vergeben -	
Name des Kontoinhabers	
- falls abweichend -	
Ort, Datum, Unterschrift	
- Kontoinhaber -	