Ratzgiwatz e.V. Hechingen
Beitrittserklärung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE66ZZZ00000944822

Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben per Post an:

Ratzgiwatz e.V. Hechingen
Postfach 237
72375 Hechingen

oder per E-Mail an vorstand@ratzgiwatz.de

1. Vor- und Nachname	
2. Vor-und Nachname (optional)	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Geburtsdatum	**1.** **2.**
Telefon/Handy	
E-Mail	
Mitgliedsbeitrag/Jahr Ziffer 1 (bitte Zutreffendes ankreuzen)	☐ **10,00 € Erwachsene/r** ☐ **7,50 € aktive/r Leiter/in bei den Kinderferienspielen** ☐ **2,50 € Minderjährige/r U 18** ☐ **_____ € freiwillig wird der angegebene höhere Beitrag gezahlt**
Mitgliedsbeitrag/Jahr Ziffer 2 (optional) (bitte Zutreffendes ankreuzen)	☐ **10,00 € Erwachsene/r** ☐ **7,50 € aktive/r Leiter/in bei den Kinderferienspielen** ☐ **2,50 € Minderjährige/r U 18** ☐ **_____ € freiwillig wird der angegebene höhere Beitrag gezahlt**

Folgende Familienmitglieder treten dem Verein ebenfalls bei (optional):

1. Kind Vor- und Nachname		Beitrag 2,50 €/Jahr
2. Kind Vor- und Nachname		Beitrag 2,50 €/Jahr
3. Kind Vor- und Nachname		Beitrag 2,50 €/Jahr
4. Kind Vor- und Nachname		Beitrag 2,50 €/Jahr

Ich/wir erklären meinen/unseren Beitritt zum Verein Ratzgiwatz e.V. unter Berücksichtigung der mir/uns bekannten Satzung.

Mir/uns ist bekannt, dass im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehende personenbezogene Daten, insbesondere auch die unten angegebene Bankverbindung, auf Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden.
Weiter Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.ratzgiwatz.de – Datenschutzerklärung.

____
Ort / Datum

____
Ziffer 1 Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

____
Ziffer 2 Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

WICHTIGER HINWEIS: Die Mitgliedschaft im Verein berechtigt nicht automatisch zur Teilnahme an den Kinderferienspielen.

– –

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz wird vom Verein ergänzt

Ich ermächtige den Verein Ratzgiwatz e.V., zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen, die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Ratzgiwatz e.V. 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.

Kontoinhaber/in	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
IBAN	DE |__|__||__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
BIC	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
BANK	

________________________________ ____
Ort / Datum Unterschrift Kontoinhaber/in