

Bürgerselbsthilfe Steinbach (Taunus) e. V.

Hessenring 24 61449 Steinbach (Taunus) Telefon: (06171) 98 18 00 info@bruecke-steinbach.de

Mitgliedsantrag

| Hiermit beantrage ich | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--|
| Name | Vorname | Geburtsdatum | |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort | Telefonnummer | |
| E-Mail-Adresse | | Mobilfunknummer | |
| die Aufnahme in den Verein "d | ie brücke" – Bürgerselbsthilf | e Steinbach (Taunus) e.V. | |
| Jahresbeiträge (zutreffendes b | itte ankreuzen): | | |
| Einzelmitgliedschaft | 15,00 Euro | | |
| Familienmitgliedschaft | 25,00 Euro | | |
| Fördermitgliedschaft | Euro | Euro (mind. 15,00 Euro) | |
| Der Einzug der Mitgliedsbeiträ | ge erfolgt jährlich i. d. R. im 2 | . Quartal | |
| | | | |
| Name, Vorname der Familienmitg | Geburtsdatum | | |
| 2. E-Mail-Adresse (bei Familienmit | Mobilfunknummer | | |
| Name, Vorname der Familienmitg | Geburtsdatum | | |
| Name, Vorname der Familienmitg | Geburtsdatum | | |

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert, wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Für die Inanspruchnahme weiterer Betroffenenrechte erreiche ich den Datenschutzbeauftragten Herrn Eilers unter uwe.eilers@bruecke-steinbach.de. Weiter Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage www.bruecke-steinbach.de.

Bei Familienmitgliedschaft:

Ich möchte mich in nachstehenden Bereichen engagieren:

Sepa - Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein "die brücke" – Bürgerselbsthilfe Steinbach (Taunus) e.V., den Jahresbeitrag sowie fällige Beiträge aus Quartalsabrechnungen für empfangene Hilfeleistungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Damit weise ich zugleich mein Kreditinstitut an, die von Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

| Zahlungsempfänger | | |
|---------------------------------|--|--|
| Anschrift | | |
| Gläubiger-Identifikationsnummer | DE 38 ZZZ0 0000 2961 05 | |
| Mandatsreferenz | Nach Annahme Mitgliedsantrag zugewiesene Mitgliedsnummer | |
| | | |
| Kontoinhaber (Name, Vorname) | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| PLZ, Wohnort | | |
| Kreditinstitut (Name, BIC) | | |
| IBAN | DE | |
| | | |
| | | |
| Ort, Datum | Unterschrift | |

Diese Ermächtigung kann jederzeit von mir widerrufen werden.



Bürgerselbsthilfe Steinbach (Taunus) e.V.

Hessenring 24 61446 Steinbach (Taunus)

Telefon: (06171) 98 18 00

E-Mail: info@bruecke-steinbach.de

Bankverbindung: Frankfurter Sparkasse 1822

IBAN: DE59 5005 0201 0000 1898 78

BIC: HELA DEF1822

Stand: 10/25