



**Katholisch.
Leben.
Eberstadt e.V.**

Förderverein der Kirchengemeinden
St. Josef und St. Georg

Beitrittserklärung

() Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Katholisch.Leben.Eberstadt e. V. als ordentliches Mitglied mit Wirkung ab sofort.

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

E-Mail:

() Als sorgeberechtigte Eltern unsere(r/s) Tochter/Sohnes

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

E-Mail:

erklären wir hiermit im Namen unseres genannten Kindes den Beitritt zum Verein Katholisch.Leben.Eberstadt e. V. als ordentliches Mitglied mit Wirkung ab sofort.

Ich/ Wir lege(n) den jährlichen Mitgliedsbeitrag bis auf weiteres auf _____,00 € (Mindestbeitrag 25,00 €/Jahr) fest. Die Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag erteile ich/erteilen wir umseitig. Für das angebrochene Jahr überweise ich den Mitgliedsbeitrag auf das Konto

IBAN: DE89 5089 0000 0008 9321 07 / Kontoinhaber: Katholisch.Leben.Eberstadt e. V.

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und 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. Für die Inanspruchnahme weiterer Betroffenenrechte erreiche ich den Verein unter: foerderverein@pfarrgruppe.de.

Ort/Datum:

Unterschrift(en):



**Katholisch.
Leben.
Eberstadt e.V.**

Förderverein der Kirchengemeinden
St. Josef und St. Georg

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50ZZZ00002395842

Mandatsreferenz: (wird separat per E-Mail mitgeteilt)

Zahlungsart: jährlich wiederkehrend im Januar des laufenden Jahres

Ich ermächtige den Förderverein Katholisch.Leben.Eberstadt e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Katholisch.Leben.Eberstadt 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 und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

E-Mail:

IBAN:

BIC (falls nötig):

Ort/Datum:

Unterschrift: