

Mitgliedsantrag

und SEPA Lastschriftmandat



Hiermit erkenne ich die Vereinssatzung des inSPEYERed e.V. in ihrer aktuellen Fassung als bindend an und beantrage eine Mitgliedschaft bei inSPEYERed e.V. als

ordentliches wahlberechtigtes Mitglied (jede natürliche Person)

förderndes Mitglied (natürliche und juristische Personen)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Ich unterstütze inSPEYERed e.V. jährlich mit einem Mitgliedsbeitrag von (derzeit mindestens 10 Euro)

€

Der erste (anteilige) Jahresbeitrag wird nach Eingang des Mitgliedsantrags zum ersten des Folgemonats eingezogen. In den Folgejahren wird der gesamte Jahresbeitrag zum diesem Zeitpunkt eingezogen (z. B. Erstbeitrag am 1.8.25, Folgebeitrag am 1.8.26).

Ort, Datum

Unterschrift

Wir weisen gemäß der Datenschutzgrundverordnung darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern, Email-Adressen.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Mitgliedsantrag per E-Mail zu: info@inspeyered.de

SEPA Lastschriftmandat



Ich / Wir ermächtige(n) inSPEYERed e.V. den jeweiligen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem / unserem nachstehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Kontoinhaber

Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die von inSPEYERed e.V. auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Sollte die Lastschrift auf Ihrem Konto nicht eingelöst werden können, müssen wir Ihnen die anfallenden Gebühren in Rechnung stellen.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

inSPEYERed e.V.-Gläubiger-ID:

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Bankverbindung sowie der Anschrift umgehend mit.