



Antragsformular

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied im
LandFrauenVerein **Friedrichstadt u. U. e. V.**

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

email Adresse _____

Personenbezogene Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung der bestehenden Mitgliedschaft wie Erstellung von Mitglieder- und Reiselisten, Bussitzplänen, Kassenführung, Versand von Einladungen notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen (Art. 6. DSGVO) erhoben.

Erläuterung

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, bei dem LandFrauenVerein Friedrichstadt u.U. e.V. eine umfangreiche **Auskunft** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem LandFrauenVerein Friedrichstadt u.U.e.V. die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern und gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax dem LandFrauenVerein übermitteln.

Diese Einwilligung erteile ich freiwillig. Mir ist bekannt, dass mir keine Nachteile entstehen würden, wenn ich sie nicht erteile oder sie widerrufe.

Ort und Datum

Unterschrift

LandFrauenVerein Friedrichstadt u. U.

Gläubigeridentifikationsnummer: DE70ZZZ00001340995

SEPA Lastschriftmandat (vormals Lastschriftinzugsermächtigung)

Hiermit ermächtige ich den LandFrauenVerein Friedrichstadt u.U. e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. **(Jahresbeitrag EUR 25.00)** Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom vorgenannten LandFrauenVerein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Jährliches Fälligkeitsdatum ist der **01. März**. Fällt der Fälligkeitstag des zu zahlenden Betrages auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so wird der nächste Geschäftstag als Fälligkeitstag gewählt.

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.

Bitte Kontodaten auf der Rückseite eintragen

Zahlungspflichtiger:

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift: _____

(falls abweichend vom Antragsteller)

Kreditinstitut (Name): _____

Kreditinstitut (BIC): _____

IBAN: DE _____

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)