

Blickwinkel Diabetes e.V.
c/o Lea Raak
Offendorfer Str. 16
23626 Ratekau



MITGLIEDSANTRAG

Ich möchte Blickwinkel Diabetes e.V. beitreten und einen Mitgliedsbeitrag zahlen von

60 € Jahresbeitrag

100 € Jahresbeitrag

Freier Jahresbeitrag _____ €

12 € solidarischer Jahresbeitrag *(Damit alle unabhängig von ihrer finanziellen Situation Mitglied werden können.)*

(Der Betrag wird einmal jährlich eingezogen.)

Name, Pronomen:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Telefon:

PLZ, Wohnort:

Mail:

Ort & Datum:

Unterschrift: _____

Datenschutz

Ich bin mit der Verarbeitung meiner o.g. personenbezogenen Daten durch den Verein zum Zweck der Mitgliederverwaltung einverstanden. Mir ist bekannt, dass über meinen Mitgliedsantrag nicht ohne dieses Einverständnis gem. Art. 6 I S.1 a) der Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) entschieden werden kann. Ich kann diese Erklärung jederzeit per E-Mail für die Zukunft an blickwinkel.diabetes@gmail.com widerrufen.

Ort & Datum:

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Blickwinkel Diabetes e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Mein Kreditinstitut weise ich an, die SEPA-Lastschriften einzulösen. Die Jahresabbuchung erfolgt zum Ende des Jahres für das darauffolgende Jahr mit Angaben unserer Gläubiger-Identität (DE59ZZZ00002626637) und Ihrer Mandatsreferenz (Ihre IBAN-Nummer).

IBAN:

BIC: Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

Ort & Datum:

Unterschrift: _____