



Familie(n)leben

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Familie(n)leben e. V.,
Bautzner Straße 52 in 01099 Dresden und erkenne damit die gültige Satzung des
Vereins an. Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr mindestens 12 €

Ich wünsche den Einzug des Mitgliedsbeitrages mittels Lastschrift und erteile
dem Zahlungsempfänger ein SEPA-Lastschriftmandat.

Vorname:

Nachname:

Straße u. Hausnr:

PLZ und Ort:

Telefon:

E-Mail:

Datenschutzerklärung

Mit dem Beitritt eines Mitglieds nimmt der Verein Name, Vorname, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Wohnadresse und Bankverbindung des Beitretenden auf. Diese Informationen werden in den EDV-Systemen des Vereins gespeichert. Die personenbezogenen Daten werden dabei durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Sonstige Informationen zu den Mitgliedern und Informationen über Nichtmitglieder werden von dem Verein grundsätzlich nur verarbeitet oder genutzt, wenn sie zur Förderung des Vereinszweckes nützlich sind und keine Anhaltspunkte bestehen, dass die betroffene Person ein schutzwürdiges Interesse hat, das der Verarbeitung oder Nutzung entgegensteht. Die Vereinsmitglieder werden regelmäßig per Post oder per Mailkontakt über die Aktivitäten des Vereins informiert. Bei Austritt werden die erhobenen Daten aus dem Mitgliederverzeichnis gelöscht. Personenbezogene Daten des austretenden Mitglieds, die die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß den steuergesetzlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahre ab der schriftlichen Bestätigung des Austritts durch den Vorstand aufbewahrt.

Ort und Datum:

Unterschrift:

*Herzlich Willkommen!
Wir freuen uns, dass
du dabei bist 😊*

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Familie(n)leben e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers
Straße und Hausnummer: Bautzner Straße 52
PLZ und Ort: 01099 Dresden
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00000309306

Mandatsreferenz (von Zahlungsempfänger auszufüllen):

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag (jährlich zum 1. März fällig)

Betrag: €

Name der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber*in):

Anschrift der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber*in):

Straße u. Hausnr:

PLZ und Ort:

IBAN der/des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort und Datum:

Unterschrift(en) des /
der Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber*in):