



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Vor- und Familienname:

---

Straße und Hausnummer:

---

PLZ und Wohnort:

---

E-Mail:

---

- Ich bin damit einverstanden, dass der Verein mit mir über EMail kommuniziert (z. B. Einladungen etc.).

**Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Bankverbindungen und Email-Adressen.**

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

*Bitte unbedingt ankreuzen!*

....., den .....

.....

Unterschrift

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

meinen Beitritt in den „Freundeskreis des Landesbildungszentrums für

Hörgeschädigte Oldenburg e. V.“ zum \_\_\_\_\_.

Von der Satzung des Vereins habe ich Kenntnis genommen  
(www.lbzh-ol.de).

Ich möchte einen monatlichen Mitgliedsbeitrag von

€ \_\_\_\_\_ zahlen (Mindestbeitrag: mtl. € 1,00).

Bitte buchen Sie meinen Beitrag halbjährlich von meinem Konto ab.  
(Einzugsermächtigung siehe unten)

Ich werde meinen Beitrag, jeweils für ein halbes Jahr, im Mai und  
November überweisen.

IBAN: DE52 2802 0050 1081 8888 00 BIC. OLBODEH2XXX Oldenburgische Landesbank
--

---

---

### Bankeinzugsermächtigung:

Ich ermächtige widerruflich den Freundeskreis des Landesbildungszentrums  
Oldenburg, den monatlichen Beitrag in halbjährlichen Intervallen von meinem  
Konto abzubuchen.

Meine Bankverbindung:

Name: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

....., den .....

.....  
Unterschrift