



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