



Heimatverein Krumbach e.V.
z. H. 1. Vors. Wilhelm Ulrich Fischer
Söldnerfeld 12
86381 Krumbach
IBAN: DE 65 7205 1840 0000 0033 35

Heimatverein Krumbach e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Heimatverein Krumbach e.V.**

- EUR 0,-- Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre
(mit Volljährigkeit wird automatisch der Erwachsenen-Beitrag berechnet))
- EUR 25,-- Erwachsene
- EUR 35,-- Familien, einschl. Kinder bis 18 Jahre
*Mit einem zusätzlichen Beitrag von EUR 12,-- ist die Mitgliedschaft im Verband Bayer. Krippen-
freunde e.V. verbunden und wird an den Verband abgeführt.*
- EUR 12,-- Bayerische Krippenfreunde e.V.

Name und Vorname _____

Straße _____

PLZ und Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Telefon: _____

Datenschutz:

Auszug: Mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Außerdem willige ich hiermit ein, dass Fotos von mir unentgeltlich auf unserer Homepage, in Festschriften und sonstigen Vereinspublikationen veröffentlicht werden dürfen. Diese Einwilligung gilt bis auf schriftlichen Widerruf. Den gesamten Text zum Datenschutz können Sie in unserer Satzung unter www.heimatverein-krumbach.de/der-heimatverein-krumbach/satzung.html in §17 nachlesen.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:

Mandatsreferenz (wird vom Verein eingetragen und Ihnen separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Heimatverein Krumbach e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Heimatverein Krumbach e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften jeweils zum 15. Juli des Jahres einzulösen.

(Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.)

Kontoinhaber Name/Vorname _____

Kreditinstitut _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

Kontonr. _____ BLZ: _____

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)