

**St. Laurentius - Verein
Zell a. Main e.V.**
Trägerverein der Kindertagesstätte
Hauptstraße 172
97299 Zell a. Main
1. Vorsitzender:
Reinhold Schildge
Betzengraben 4, 97299 Zell a. Main



Beitrittserklärung

Ich/Wir erkläre(n) hiermit ab sofort /ab dem Jahr _____ den Beitritt zum **St. Laurentius-Verein Zell a. Main e.V.**

Name, Vorname, Geburtsdatum

und ggf. Ehe-/Partner

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung:

Ich/ Wir bin/ sind damit einverstanden, dass meine/ unsere Daten vom St. Laurentius-Verein Zell a. Main e.V. zum Zwecke der Mitgliederverwaltung erhoben, verarbeitet und genutzt werden kann/ können.

Ich/ Wir sind darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten erhobenen persönlichen Daten meiner/ unserer Person(en) unter Beachtung der DS-GVO vom 25.05.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Ich/ Wir sind darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Ferner, dass ich/ wir im Falle einer Kündigung der Mitgliedschaft im Verein mein/ unser Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann/ können. Meine/ Unsere Widerrufserklärung richte(n) ich/ wir an die oben stehende Vereinsadresse. Im Falle meines/ unseres Widerrufs werden mit dem Zugang meiner/ unserer Widerrufserklärung meine/ unsere Daten vom Verein gelöscht.

Ort, Datum

Unterschriften

Bitte wenden

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den

St. Laurentius-Verein Zell am Main e.V., Hauptstr. 172, 97299 Zell am Main
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00000087711

den jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom St. Laurentius-Verein Zell a. Main e.V. 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.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit 15 €/ Familie und Jahr