**BEITRITTSERKLÄRUNG**

Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur Landesverband Bremen/Bremerhaven.

Herderstr. 74

28203 Bremen

*Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur Landesverband Bremen/Bremerhaven.*

**Mitgliedsdaten:**

**Vorname:**.....................................................................................................................................

**Nachname:** ..................................................................................................................................

**Straße und Hausnummer**...............................................................................................................................

**Postleitzahl und Wohnort:**.....................................................................................................................................

**Geburtsdatum:**.................../.................../...................

**Telefon Festnetz:**.............................................................................................................................

**Telefon Mobil:**..................................................................................................................................

**E-Mail:**..............................................................................................................................................

Der jährliche Beitrag beträgt: 20 € (zwanzig Euro).

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß der Satzung und den Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die gespeicherten Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht.

**Bankverbindung des Vereins** **Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur Landesverband Bremen/Bremerhaven e.V.**

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kreditinstitut: Volksbank Bremen-Nord

Kontoinhaber: Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e.V.

Verwendungszweck: Jahresbeitrag 2019

IBAN: DE88 2919 0330 1100 0244 00

BIC: GENODEF 1HB2

......................................................................................  
  
Ort, Datum

.......................................................................................

Unterschrift

**SEPA- Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_

Mandatsreferenz:

\_\_\_\_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich den Verein Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur Landesverband Hessen., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur Landesverband Hessen. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kreditinstitut:........................................................................................................

Kontoinhaber:.......................................................................................................

IBAN:....................................................................................................................

BIC:........................................................................................................................

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.