**BEITRITTSERKLÄRUNG**

Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur Landesverband Hessen.

Odenwaldstrasse 117
65760 Eschborn

 *Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur Landesverband Hessen.*

 **Mitgliedsdaten:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Der jährliche Beitrag beträgt: 15 € (fünfzehn 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 diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht., Ich bin ebenso mit der Veröffentlichung auf der Homepage des Vereins https://deutscherfrauenbundlv.de.tl und der Weitergabe an andere Vereinsmitglieder einverstanden.

**Bankverbindung des Vereins** **Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur Landesverband Hessen.**

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kreditinstitut: Evangelische Kreditgenossenschaft eG Kassel

Kontoinhaber: Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur

Verwendungszweck: Jahresbeitrag 2019

IBAN: DE62 5206 0410 0004 0040 19

BIC: GENODEFIEKI

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

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.