

WERDEN SIE MITGLIED!



*Hiermit erkläre ich meine
Mitgliedschaft im Freundeskreis
Partnerschaft Übersee e.V.
Die Rückseite habe ich ebenfalls
zur Kenntnis genommen und
ausgefüllt.*

Name, Vorname

Anschrift

E-Mailadresse

Telefon

Geburtsdatum

Unterschrift

*Der jährliche Beitrag beträgt 20 € für Erwachsene
und 10 € für Schüler, Azubis & Studenten.*

Meinen Beitrag in Höhe von _____ Euro leiste ich

per Einzelüberweisung / per Bankeinzug
(Betreffendes bitte ankreuzen).

...weiter auf der Rückseite...

Einzugsermächtigung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Jahresbeitrag für den Freundeskreis Partnerschaft Übersee e.V. von meinem Konto abgebucht wird.

IBAN

Bankinstitut

*Kontoinhaber*in*

Unterschrift

Datenschutzerklärung:

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des EU – DSVVO bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen (postalisch oder per E-Mail).

Mir ist bekannt, dass meinem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Datum, Unterschrift