

Antrag auf Mitgliedschaft

Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

beruflicher Hintergrund (optional): _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung in ihrer jeweils aktuellen Fassung an. Der aktuelle Mitgliedsbeitrag beträgt EUR 25,00. Er ist zum 30. Januar jeden Jahres fällig.

Zahlungsweise: per Überweisung via SEPA-Mandat

Ort, Datum & Unterschrift

Datenschutz (DSGVO)

Ich gebe mein Einverständnis dazu, dass meine persönlichen Daten in die elektronische Datenverarbeitung der Vereinsverwaltung aufgenommen werden und dort nur für Mitglieder des Vorstandes einsehbar sind. Ich stimme zu, etwaige Rechnungen, Einladungen, Informationen etc. per E-Mail zu erhalten. Mit der Speicherung meiner Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden. Die Daten werden nicht veröffentlicht und weitergegeben. Der Speicherung der Daten kann ich jederzeit widersprechen und eine vollständige Löschung verlangen.

Ort, Datum & Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats und einer Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer: _____ Mandatsreferenz: _____

Hiermit ermächtige ich die Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____ IBAN: _____

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

Ort, Datum & Unterschrift