



Eifelverein Ortsgruppe Konzen e.V.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Datenschutzerklärung DS-GVO

Die Datenschutzerklärung des EIFELVEREIN, Ortsgruppe Konzen e.V. gemäß EU-Datenschutzverordnung (DS-GVO) vom 25. Mai 2018 ist auf der Homepage des Vereins hinterlegt. Ein Ausdruck der Erklärung kann auf Wunsch eingesehen werden. Auf ausdrückliches Verlangen wird ein Ausdruck ausgehändigt. Mit Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung bestätige ich die Kenntnisnahme der Datenschutzbestimmungen.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum EIFELVEREIN, **Ortsgruppe Konzen e.V.**

	Voll-und Fördermitglied	Familien-und Partnermitglied	Kinder-und Jugendmitglied	
Name:				
Vorname:				
Geburtsdatum:				

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Nr. _____ E-Mail: _____

Die Ziffern 1-3 beziehen sich auf die zusätzliche Mitgliedschaft im Hauptverein. Die Ziffern 4-5 auf die alleinige Fördermitgliedschaft in der Ortsgruppe.

Bitte die gewünschte Mitgliedsart ankreuzen:

Mitgliedsart, Mitgliedsbeiträge:

Stand: gültig ab 1.01.2024

- | | | |
|--|---------|--------------------------|
| 1. Vollmitglied mit Zeitschrift | € 25,00 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Familienmitglied/Partnermitglied zu 1. mit Zeitschrift | € 10,00 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kinder und Jugendliche ohne Zeitschrift bis 27 Jahre | € 6,00 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fördermitglied ohne Zeitschrift | € 20,00 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Familienmitglied/Partnermitglied zu 4. ohne Zeitschrift | € 6,00 | <input type="checkbox"/> |

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikation Nummer: **DE13EVK00000164053**

Mandats-Referenznummer: _____ wird nachgetragen und ist identisch mit Mitgliedsnummer.

Ich ermächtige den EIFELVEREIN, Ortsgruppe Konzen e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift den Jahresbeitrag einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom EIFELVEREIN, Ortsgruppe Konzen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Termin des Einzugs ist der 15. März eines Jahres.

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.

Vorname und Name des Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN DE

Datum und Ort: _____ Unterschrift: _____

(bei Kinder und Jugendlichen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bitte abgeben oder zusenden an:

Karl-Heinz Huppertz, Blumgasse 14, 52156 Monschau/Konzen, oder bei einem Vorstandsmitglied.