



# Land Frauen Verein Todesfelde e. V.



## Eintrittserklärung Land Frauen Verein Todesfelde e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Land Frauen Verein Todesfelde e.V.

**Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname	
Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Geboren am	
Telefon	
Telefon-Mobil	
E-Mail-Adresse	

**Der Jahresbeitrag beläuft sich zurzeit auf 20,00 €.**

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die in der Eintrittserklärung und im SEPA Lastschriftmandat angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Namen, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Land Frauen Verein Todesfelde e.V. übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlung nach den bestehenden Basistarifen.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage [www.LandFrauen-todesfelde.de](http://www.LandFrauen-todesfelde.de). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese auch gerne zu.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



# Land Frauen Verein Todesfelde e. V.



## SEPA Lastschriftmandat (vormals Lastschrifteinzugsermächtigung)

Ich ermächtige den Land FrauenVerein Todesfelde e.V. Zahlungen in Höhe des Jahresbeitrages von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Einzugsdatum: 25.01. jeden Jahres

### Kündigungsfrist lt. Satzung jeweils zum Jahresende

Name, Vorname	
IBAN-Nummer	
BIC	
Kreditinstitut	

Ort, Datum \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Kontoinhabers:**

\_\_\_\_\_