

Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein **Oldtimerfreunde Irlbach-Loh und Umgebung e.V.**

Ich erkenne die Vereinssatzung sowie den von der Mitgliederversammlung festgesetzten Jahresbeitrag von 15€ an.

Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass meine unten angegebenen, persönlichen Daten zu Zwecken vereinfachter Vereinsarbeit elektronisch verwaltet werden. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes /Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto-und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen, Berichte, in Printmedien, neuen Medien und auf der Internetseite des Vereines unentgeltlich verwendet werden dürfen.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Über eine Aufnahme in die bestehende **WhatsApp-Gruppe** stimme ich zu ☐ nicht zu ☐

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds



0000000000100532601170

manuell

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Oldtimerfreunde Irlbach-Loh und Umgebung e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Marienhofstr .20

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
94342 Irlbach

Land / Country :
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☒ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: