Verein zur Förderung des Freilichtmuseums Römische Villa Haselburg e.V.

Beitrittserklärung

www.haselburg.de

Name, Vorname: _____ Geboren am:

Straße, Nr.: _____ _____

PLZ, Wohnort: _____ Beruf:

Telefon: _____ mobil: _____ _____

e-mail: _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Verein zur Förderung des Freilichtmuseums**

Römische Villa Haselburg e.V. ab dem _____ (Beitrittsdatum)

__ Einzelperson (ab 17 J. 15,00 € *) __ Kind (bis einschl. 10 J. beitragsfrei)

__ Jugendlich (11-16 J 7,50 € *) __ Familie (25,00 € *) * Jahresbeitrag

Bitte entsprechendes ankreuzen. Familienmitglieder auf gesondertem Blatt angeben.

Ich ermächtige den Verein zur Förd. des Freilichtmuseums Römische Villa Haselburg e.V. (Adresse s.u.) meine/die personenbezogenen Daten gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu verarbeiten und zu speichern. Die Regelung zur Nutzung der Daten gemäß der Satzung des Haselburgvereins und der dazugehörigen Datenschutzerklärung des Vereins, die ich/wir unter www.haselburg.de eingesehen haben, nehme/n ich/wir zur Kenntnis und stimmen diesen ausdrücklich zu.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen Unterschrift d. gesetzlichen Vertreters)

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandates zum Einzug der Vereinsbeiträge

Ich ermächtige den Verein zur Förd. des Freilichtmuseums Römische Villa Haselburg e.V. (Adresse s.u.), Gläubiger-ID DE2712300001103537, die fälligen Vereinsbeiträge zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein zur Förderung des Freilichtmuseums Römische Villa Haselburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Str., Nr. (falls abweichend von oben) : _____

PLZ, Ort (falls abweichend von oben) : _____

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Name der Bank: _____

Die Beitragszahlung erfolgt jährlich zum 2.04. Fällt dieser Termin auf ein Wochenende oder Feiertag, erfolgt die Abbuchung am nächsten Werktag.
Ihre Mandatsreferenz wird Ihnen mit der Bestätigung über den Beitritt zum Verein mitgeteilt.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____

Postanschrift: Vorsitzender Haselburgverein
Arno Schäfer – Am Taubenbrunnen 22 – 64739 Höchst i. Odw.
e-mail: ars.hoechst@gmail.com