



AUFNAHMEANTRAG

Ich möchte Mitglied werden ab: _____

Name

Geb.-Datum

Vorname

Telefon privat

Straße, Hausnummer

e-mail privat

Postleitzahl, Ort

Arbeitgeber

Arbeitgeber, Anschrift

Telefon geschäftlich

e-mail geschäftlich

Ort und Datum

Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag wird zum 01.02. eines jeden Jahres abgebucht.

Im Beitrittsjahr wird der Mitgliedsbeitrag im Folgemonat des Beitritts abgebucht.

Die Abbuchungen erfolgen bis zum schriftlichen Widerruf. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 15,00 € im Jahr.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die jeweils gültige Satzung an.

Datenschutz

Ich erkläre mich gemäß § 4a Abs. 1 und 3 BDSG einverstanden, dass meine Mitgliedschaft betreffende Daten, deren Änderungen und Ergänzungen im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Mitgliedschaft elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Ergänzend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung.

Datum/Unterschrift

Bankeinzugsermächtigung

Ich ermächtige den

Arbeitskreis der Vertrauensleute Schwerbehinderter in Schwaben e.V.

die jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge (Jahresbeitrag) von meinem Konto bei

Geldinstitut

IBAN

BIC

durch Lastschrift einzuziehen.

Ort und Datum

Unterschrift

Den Aufnahmeantrag senden Sie bitte an: Sylvia Ast, Tulpenweg 6, 86842 Irsingen, Tel: 0151 / 14 90 16 52