

**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt beim Förderverein des Evangelischen Kindergarten Sachsenberg e.V., unter gleichzeitiger Anerkennung der gültigen Satzung.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass der Förderverein des Evangelischen Kindergarten Sachsenberg e.V. als verantwortliche Stelle die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen verarbeitet und nutzt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgabe des Bundesdatenschutzgesetzes / Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind.

**Ich möchte einen Jahresbeitrag in Höhe von**

( ) 12 €      ( ) 36 €      ( ) 60 €      ( ) \_\_\_\_ €

zahlen. Dieser wird erstmalig innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Beitrittsdatum für das laufende Kalenderjahr in voller Höhe eingezogen. Ab dem Folgejahr wird er jeweils im 1. Quartal eingezogen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

**Für wiederkehrende Zahlungen**

Zahlungsempfänger: Förderverein des Evangelischen Kindergarten Sachsenberg e.V.

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE60ZZZ00001072485

Mandatsreferenz: wird Ihnen mitgeteilt

Hiermit ermächtige(n) ich / wir den o.a. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA – Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger 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.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers