

# **Verein der Freunde und Förderer der Grundschule Bad Salzig e.V.**

Wiltbergerstr. 7, 56154 Boppard Tel.: 06742 6108 Fax: 06742 94753 E-Mail: gs-bad-salzig@gmx.de

## **Anmeldung**

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im  
**Verein der Freunde und Förderer der Grundschule Bad Salzig e. V.**

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Den Mitgliedsbeitrag von zur Zeit jährlich mindestens 12,-- € bezahle ich per  
Einzugsermächtigung (s. Rückseite) von meinem Konto.

## **Datenschutz / Persönlichkeitsrechte**

1. Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder (Name, Vorname, Adresse, E-Mail-Adresse und Bankverbindung) zur Erfüllung der in der Satzung aufgeführten Zwecke und Aufgaben (z.B. Mitgliederverwaltung, Beitragseinzug, Übermittlung von Vereinsinformationen)
2. Durch ihre Mitgliedschaft und die damit verbundene Anerkennung dieser Satzung stimmen die Mitglieder der Erhebung, Verarbeitung (Speicherung, Veränderung und Übermittlung), Nutzung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke des Vereins zu. Eine anderweitige Datenverwendung (z.B. Datenverkauf) ist nicht statthaft.
3. Jedes Mitglied hat im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, deren Empfängern sowie den Zweck der Speicherung, Berichtigung seiner Daten im Falle der Unrichtigkeit, Löschung oder Sperrung seiner Daten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Verein der Freunde und Förderer der Grundschule Bad Salzig e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer: Wiltbergerstraße 7

Postleitzahl und Ort: 56154 Boppard-Bad Salzig

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE63ZZZ00000271696

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

### **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem /unserem Konto einzuziehen.

### **SEPA-Lastschriftmandat:**

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

**Mitgliedsbeitrag pro Jahr (bitte ankreuzen): \***

12 €    20 €    25 €    30 €    40 €    50 €   anderer Betrag: \_\_\_\_ €

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):\***

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:\***

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):\***

DE \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen):\***

**\*notwendige Angaben**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen