



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen (unseren) Beitritt in den Vogelzucht- und Schutzverein Karlsdorf e.V.

Bitte ankreuzen: Einzelbeitrag 20€ Familienbeitrag 30€

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ / Ort		
Kontaktdaten -freiwillige Angaben-	Tel:	E-Mail :

Ehegatte (oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebend)

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		

Kind 1 (unter 18 Jahren oder Schüler bzw. im Studium)

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		

Kind 2 (unter 18 Jahren oder Schüler bzw. im Studium)

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Vogelzucht- und Schutzverein Karlsdorf e.V. Zahlungen von meinem (unserem) unten aufgeführten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Vogelzucht- und Schutzverein Karlsdorf e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

IBAN	
Kreditinstitut / BIC	

Die beiliegenden Informationen zur Datenerhebung nach DSGVO habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen . Die Datenschutzhinweise sind auch unserer Internetseite www.vogelpark-karlsdorf.de abrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift(en)