

Beitrittserklärung

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular eingescannt per E-Mail oder postalisch an die Vereinsadresse.

Familienname/Titel:*		
Name zur Schulzeit:		
Vorname:*		Geb.Dat.:*
Anschrift:*		
PLZ:*		Ort:*
E-Mail:*		TelNr:*
Maturajahr:	Klasse:	KV:

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen, damit wir euch bei Bedarf kontaktieren können.

Zahlung mittels Zahlschein

Höhe des persönlich gewählten jährlichen Mitgliedsbeitrages: _____ €
oder (Min.: € 25,-)

Zahlung mittels SEPA-Lastschrift Mandat

Name des Geldinstitutes:	
IBAN:	BIC:

Ich ermächtige den Absolventenverein Lichtenfels, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom Absolventenverein Lichtenfels 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 dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ja, ich möchte Mitglied des Absolventenvereins Lichtenfels werden.

Die Datenschutzgrundverordnung erfordert folgende Hinweise: Mit meiner Unterschrift stimme ich ausdrücklich zu, dass meine personenbezogenen Daten, die ich im Rahmen meiner Beitrittserklärung bekanntgegeben habe, während der gesamten Dauer meiner Mitgliedschaft im Rahmen der Mitgliederverwaltung und der Verwirklichung des Vereinszweckes gespeichert und verarbeitet werden. Ich stimme zu, dass mir Vereinsinformationen postalisch und elektronisch zugesandt werden. Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft meiner die Daten und das Recht auf Löschung, Einschränkung oder Widerspruch der Verarbeitung meiner Daten. Dies kann ggf. ein Ende meiner Mitgliedschaft bedeuten. Alle Daten werden ausschließlich für interne Vereinszwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift