



**Diakonieverein
Bad Wörishofen e.V.**

Mitgliedsantrag

Ja, ich will

Lindenweg 8
86825 Bad Wörishofen
Tel. 0178 - 1946927
Email:
kontakt@diakonieverein-bad-woerishofen.de
Home:
www.diakonieverein-bad-woerishofen.de

- Mitglied werden im Diakonieverein Bad Wörishofen e.V.
der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 15,00 Euro
- Ich will helfen mit einer zusätzlichen jährlichen Spende von _____ Euro
- gesamter Jahresbeitrag** _____ Euro

Name, Vorname	_____
Anschrift	_____
	_____ Geburtsdatum: _____
Email:	_____
Eintrittsdatum	_____
Mitgliedsnummer	_____ (wird vom Verein eingetragen)

Der oben genannte Betrag darf von meinem Konto abgebucht werden. (Bitte füllen Sie die SEPA Lastschrift umseitig dafür aus – vielen Dank!)

Über die **Ziele und den Zweck des Vereins** bin ich informiert. Die Satzung kann auf Wunsch zugeschickt, oder unter auf unserer Homepage eingesehen werden.

Datenschutz:

- Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Daten im Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder, sowie die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Ich kann ggf. die Berichtigung meiner Daten verlangen.

Die **Kündigung** der Mitgliedschaft kann jeweils zum Ende des Kalenderjahres durch eine schriftliche Erklärung an den Vorstand erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat

Diakonieverein Bad Wörishofen e.V., Lindenweg 8, 86825 Bad Wörishofen

Gläubiger Identifikationsnummer: DE 1ZZZ 0000 1510 632

Mandatsreferenz: _____ (wird vom Verein eingetragen)

Ich ermächtige den Diakonieverein Bad Wörishofen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Diakonieverein Bad Wörishofen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN: DE _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _

Bankname: _____

Ort, Datum

Unterschrift