

ANTRAG MITGLIEDSCHAFT

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied im Hellenischen Kulturverein Menden und Umgebung e.V.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____	Straße:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	E-Mail:	_____

Einzelbeitrag: _____ Familienbeitrag: _____

Anmeldung weiterer Familienmitglieder:

Name, Vorname; Geburtsdatum:	_____
Name, Vorname; Geburtsdatum:	_____
Name, Vorname; Geburtsdatum:	_____
Name, Vorname; Geburtsdatum:	_____
Name, Vorname; Geburtsdatum:	_____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt 40€ pro Person bzw. 60 € pro Familie (Kinder bis 18 Jahre).

Datenschutzerklärung:

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, unter Beachtung des Bundesdatenschutzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Mitglieder erklären sich damit einverstanden, dass Namen und Vereinszugehörigkeit zum Zwecke für Presse und Öffentlichkeitsarbeit veröffentlicht werden können. Gleiches gilt für Bilddokumentationen.

Ort, Datum

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

✉ info@hkv-menden.de
☎ 0163 6209720 / 0170 1932831
🖱 www.hkv-menden.de
📍 58706 Menden

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE38 ZZZ 000 025 081 90

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige den Hellenischen Kulturverein Menden und Umgebung e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag nach Anmeldung jährlich am 01. April fällig.

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.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

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