## Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft im

Kneipp-Verei	n Wackerdorf					
ab	zum M	itgliedsbet	rag (Mindestmitg	liedschaft	1 Jahr) von:	
☐ Einzelperso	on €pro Jahr	□ Famili	ie ∉ 36, <del></del> pro Jah	nr 🗆 Föi	rdermitglied	€ pro Jahr
□ Jugend	€ pro Jahr	□ Kind	€ pro Jah	nr 🗆 Ein	nrichtung/Betrieb	€ pro Jahr
Nachname			/orname		geb. am	
ggf. Partner/-in N	achname		Vorname		geb. am	
Straße			PLZ	Ort		
Telefonnummer (	freiwillige Angabe)	 E	E-Mail-Adresse (freiw	villige Angabe	)	
Kinder unter 18	Jahren können beitra	gsfrei in die	Familienmitglieds	chaft aufgen	nommen werden:	
ggf. Kind Nachname			/orname		geb. am	
ggf. Kind Nachna	me		/orname		geb. am	
ggf. Kind Nachna	me		/orname		geb. am	
des Kneipp-Bu	serer Mitgliedschaft und e.V. (einzusehe gültigen Fassung an	n unter htt	ps://www.kneipp	bund.de/we	er-wir-sind/satzu	ng-organigramm/)
schutzgesetze gemäße Zwec	id damit einverstand e gespeichert und ve ke des Kneipp-Vere er Daten an Dritte z.	erarbeitet weins und de	verden. Die Nutz es Kneipp-Bund e	ung erfolgt e.V. mit sei	ausschließlich f	ür satzungs-
	ige/n, dass ich/wir d DS-GVO erhalten h		ionen des Kneip	p-Vereins :	zum Umgang mi	t den Daten
werden dü die Zukunf	ige/n ein, dass die fi rfen. Diese Einwilligi t durch eine Anzeige reils eine E-Mail).	ung kann/k	können ich/wir je	derzeit gan	z oder teilweise	mit Wirkung für
Ort		Datum	 n Unte	rschrift (bei M	linderjährigen gesetz	l. Vertreter)
Ort		Datum	n ggf. l	Jnterschrift P	artner/-in	
	n Kneipp-Verein:		roand [] [	oroon d		
Lielerung des <b>K</b>	( <b>neipp-Journals</b> per	⊔ ⊨inzeive	isano ⊔ Fracntvo	ersand   	!!! Bitte we	nden →→→

DS-F3 V2018-06-15



## **SEPA-Lastschriftmandat**

Name des Zahlungsempfängers: Kneipp-Verein Wackersdorf
Name des Kneipp-Vereins
Anschrift des Zahlungsempfängers: Erlenstr. 10, 92442 Wackersdorf
Straße und Hausnummer des Kneipp-Vereins  92442 Wackersdorf
PLZ und Ort des Kneipp-Vereins
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000262896
Mandatsreferenz:
für Mitgliedschaft von:  Name des Mitglieds bzw. Hauptmitglieds
SEPA-Lastschriftmandat:
Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich/Wir kann/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.
Zahlungsart: X Wiederkehrende Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)
Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):
IBAN
BIC (Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)
Ort Datum (TT.MM.JJJJ)
Datam (11.www.0000)
Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)
!!! Bitte wenden →→→

DS-F3 V2018-06-15