Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft im
Kneipp-Verein Ingolstadt e.V.
Köschinger Weg 6
85088Vohburg
……

ab ……..zum Mitgliedsbeitrag (Mindestmitgliedschaft 1 Jahr) von :

❑ Einzelperson € 45,00 pro Jahr ❑ Familie € 20 pro Jahr ❑ Fördermitglied € …….. pro Jahr

❑ Gymnastik € 30 pro Jahr ❑Wassergymnastik € 30 pro Jahr
❑ Line Dance € 30 pro Jahr ❑ QiGong € 90 pro Jahr ❑Yoga € 70 pro Jahr

……..
Name der Einrichtung/des Betriebs

……	……	……
Nachname	Vorname	geb. am
……	……	……
ggf. Partner/Partnerin Nachname	Vorname	geb. am
……	……	……
Straße	PLZ	Ort

…… ……..
Telefonnummer (freiwillige Angabe) E-Mail Adresse (freiwillige Angabe)

Kinder unter 18 Jahren können beitragsfrei in die Familienmitgliedschaft aufgenommen werden.

……	……	……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am
……	……	……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am
……	……	……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am

Mit meiner/unserer Mitgliedschaft erkenne/n ich/wir die Satzung des Kneipp-Vereins und die Satzung des Kneipp-Bund e. V (einzusehen unter https;//www.Kneipp-Bund e. V. de/wer-wir-sind/satzung-organigramm/)
In der jeweils gültigen Fassung an. Der Bezug der Zeitschrift „Kneipp-Journal“ ist in der Mitgliedschaft enthalten.
Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Gesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemmäße Zwecke des Kneipp-Vereins und des Kneipp-Bund e. V. mit seinen Untergliederungen. Eine Weitergabe an Dritte z. B. für Werbezwecke findet nicht statt.
Ich/wir bestätige/n dass ich/wir die Informationen des Kneipp-Vereins zum Umgang mit den Daten gemäß Art. 13 DS-GVO erhalten habe.
❑Ich/Wir willige/n en, dass die freiwillig angegebenen Daten zu den vorgesehenen Zwecken verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann/können ich/wir jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft durch eine Anzeige an den Kneipp-Verein und den Kneipp-Bund e. V. widerrufen (es genügt jeweils eine E-Mail)

……	……	……
Ort	Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl, Vertreter
……	……	……
Ort	Datum	ggf. Unterschrift Partner/in

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

Kneipp-Verein Ingolstadt e. V

Anschrift des Zahlungsempfängerss:

Köschinger Weg 6

85088 Vohburg

Gläubiger Identifikationsnummer; ……

Mandatsreferenznummer: ……

für Mitgliedschaft von: ……

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 von 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: ❑ Wiederkehrende Zahlung ❑Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

……

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(Angabe der BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)

…… ……

Ort Datum (TT.MM.JJJJ

……

Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen ((Kontoinhaber/in)