

# Bürgerverein

Essen-Haarzopf/Fulerum e.V.



## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bürgerverein Essen-Haarzopf/Fulerum e. V.  
Bitte in Druckschrift ausfüllen, danke.

Anrede:      Frau                         Herr  

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zudem ermächtige ich den Bürgerverein Essen-Haarzopf/Fulerum e. V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12,00 € pro Jahr im Lastschriftverfahren von meinem Girokonto einzuziehen. Dazu erteile ich anhängendes SEPA-Mandat.

### **Datenschutzrechtliche Unterrichtung zum Umgang mit Mitgliedsdaten**

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten erfolgt im Verein nach den Richtlinien der EU-weiten Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie des gültigen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Die für einen Vereinseintritt notwendigen Daten, die zur Verfolgung der Vereinsziele (siehe Satzung) und für die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder erforderlich sind, dürfen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO hier in dieser Beitrittserklärung bzw. Aufnahmeantrag erhoben werden.

Verantwortlich für den Datenschutz im Verein ist der Vorsitzende.

Von den Datenschutzregelungen gemäß § 21 unserer Vereinssatzung und der zugehörigen Datenschutzordnung als Anlage zur Satzung habe ich Kenntnis genommen.

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Bürgerverein Essen-Haarzopf/Fulerum e. V.**

**Hatzper Straße 251  
45149 Essen**

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE08ZZZ00000688525

[Mandatsreferenz]

**wird mit Annahme des Antrags erteilt**

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

**DE**

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)