

Weideland Eiderstedt e.V.



Bitte senden an:

Weideland Eiderstedt e.V.
 Sibylle Stromberg
 Katingsiel 14
 25832 Tönning

Aufnahmeantrag

| | |
|------------------------|--|
| Mandatsreferenznummer | |
| Vom Verein auszufüllen | |

Hiermit beantrage ich/wir meine/unsere Aufnahme in den Verein Weideland Eiderstedt e.V.:

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Name/Firma/Gesellschaft | |
| | |
| Vertretungsberechtigter: Vorname Name | |
| | |
| Postleitzahl | Wohnort |
| | |
| Straße | Hausnummer |
| | |
| Telefon | Mobiltelefon |
| | |
| E-Mail Adresse | |
| | |

| | | | | |
|------------------------|----|------|--------------|--------------|
| Grünlandbewirtschafter | ja | nein | Fläche in ha | |
| | | | | |
| Vertragsnaturschutz | ja | nein | seit | Fläche in ha |
| | | | | |

Datenschutzhinweis: Mit Ihrer Beitrittserklärung zur Mitgliedschaft im Verein Weideland Eiderstedt e.V. stellen Sie uns Ihre persönlichen Daten zur Verfügung. Wir weisen darauf hin, dass der Verein die für die Mitgliederverwaltung (Einladungen, Informationen über Vereinsaktivitäten) und Beitragserhebung erforderlichen Daten erhebt, speichert und verwendet. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht. Sie können Ihr Einverständnis zur Verwendung Ihrer Daten in der oben beschriebenen Weise jederzeit schriftlich widerrufen.

_____ Ort

_____ Datum

_____ Unterschrift

Weideland Eiderstedt e.V.
Vorsitzender Claus Ivens
Gardinger Chaussee 9
25832 Kotzenbüll

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubigeridentifikationsnummer: DE74ZZZ00000342114
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtige/n den Verein Weideland Eiderstedt e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Weideland Eiderstedt e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

| | |
|--|-------|
| Name/Firma Gesellschaft | |
| | |
| Vertretungsberechtigter: Vorname, Name | |
| | |
| Straße, Hausnummer | |
| | |
| Postleitzahl, Ort | |
| | |
| IBAN | |
| | |
| BIC (8 oder 11 Stellen) | |
| | |
| Ort | Datum |
| | |
| Unterschrift | |
| | |