

Beitrittserklärung

bei der katholischen Frauengemeinschaft Straußdorf



Ja, ich trete zum _____ der katholischen Frauengemeinschaft Straußdorf bei und werde Mitglied.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt im Jahr 10,00 Euro.

Zahlung des Mitgliedbeitrages:

Die erste Zahlung des Mitgliedbeitrages erfolgt voraussichtlich 30 Tage nach Beitritt zur katholischen Frauengemeinschaft Straußdorf durch Lastschriftinzug, gemäß Ihrer Einwilligung auf Seite 2.

Die wiederkehrenden Zahlungen werden jeweils im Februar des laufenden Kalenderjahres eingezogen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

- Ich möchte gerne in die WhatsApp-Infogruppe der katholischen Frauengemeinschaft Straußdorf aufgenommen werden. Der Zweck der Gruppe besteht darin, die Mitglieder über aktuelle Neuigkeiten sowie anstehende Ereignisse zu informieren bzw. Terminanpassungen zu kommunizieren.
- Ich möchte **KEINEN Besuch** durch eine Vertreterin der katholischen Frauengemeinschaft bei besonderen Ereignissen (z. B. Geburtstage, Jubiläen, Geburten) erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Beitrittserklärung erhobenen Daten für Zwecke der Mitglieder-Verwaltung gemäß DSGVO gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Datum, Unterschrift: _____

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT



Ich _____

ermächtige die katholische Frauengemeinschaft Straußdorf, den fälligen Jahresbeitrag, in Höhe von **10,00 Euro**, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der katholischen Frauengemeinschaft Straußdorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Jahresbeitrag ist jeweils im Februar eines Jahres fällig und wird immer zum 15. Februar des Jahres eingezogen.

Die erste Zahlung des Mitgliedbeitrages erfolgt voraussichtlich 30 Tage nach Beitritt zur katholischen Frauengemeinschaft Straußdorf durch Lastschrifteinzug, gemäß Ihrer Einwilligung auf Seite 2.)

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.

Kontoinhaber/in

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer der katholischen Frauengemeinschaft Straußdorf
DE07ZZZ00001569400

Ihre Mandatsreferenz wird mitgeteilt.

Diese Einzugsermächtigung / dieses Lastschriftmandat ist jederzeit schriftlich widerrufbar.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____