

Mitgliedsantrag

Ja, ich will die Sanitätsbereitschaft Solln unterstützen und beantrage die Mitgliedschaft im

Förderverein „Sanitätsbereitschaft Solln“ e.V.

zum baldmöglichsten Zeitpunkt.

zum _____

Meine persönlichen Daten (**fettgedruckte** Angaben sind notwendig):

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Email-Adresse _____

O Ja, Ich möchte Aufwand sparen und den jährlichen Mitgliedsbeitrag widerruflich per Lastschrift von meinem Konto

_____ bei der _____
KontoNr Bankleitzahl Bezeichnung des kontoführenden Instituts

einziehen lassen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens den Kontoführungsinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Die von mir angegebenen Daten werden in einer Mitglieder und Beitragsdatei ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet. Eine Weitergabe der Daten an unbefugte Dritte erfolgt nicht. Mit der elektronischen Verarbeitung der Daten bin ich einverstanden.

Eine Änderung meiner Angaben zur Person, meiner Anschrift oder ggf. meiner Bankverbindung teile ich dem Verein unverzüglich mit.

Die Satzung des Vereins habe ich gelesen und erkenne sie an.

Ich bin widerruflich einverstanden, den Verein und die Sanitätsbereitschaft Solln betreffenden Schriftverkehr ausschließlich per Email zu bekommen. Meine Email habe ich oben angegeben. (ggf. streichen)

Ich möchte über Neuigkeiten und Veranstaltungen der Sanitätsbereitschaft Solln informiert werden. (ggf. streichen)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Punkte an und erkläre die Korrektheit der Angaben zur Person.

Ort, Datum

Unterschrift