

Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen e.V. Bottrop



Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen e.V.
Herrn Ulrich Eversmann, Paßstraße 4B, 46236 Bottrop

Verein zur Förderung von Menschen mit
Behinderungen e.V. Bottrop
c/o Ulrich Eversmann
Paßstraße 4B
46236 Bottrop

Antrag auf Mitgliedschaft im „Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen e.V. Bottrop“

Hiermit stelle/n ich/wir den Antrag, Mitglied des „Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen e.V. Bottrop“ zu werden. (Bitte schreiben Sie leserlich in Blockbuchstaben)

(Name / Vorname)

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

(Tel./Fax)

(E-Mail)

(ggf. für betroffene Person/Name)

(ggf. Wohneinrichtung)

Den Jahresbeitrag von _____ € (Mindestbeitrag: 25,00 €)

- zahle ich jährlich per Banküberweisung ein.
- bitte ich per Lastschrift einzuziehen / Anlage: SEPA-Einzugsvordruck
- als Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt beantrage ich Beitragsfreiheit

Einwilligung gemäß § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des mit mir abgeschlossenen Aufnahmeantrages personenbezogene Daten über mich gespeichert werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

WIR
FÖRDERN
MENSCHENMIT
BEHINDERUNGEN

Vorstand: Ulrich Eversmann (1. Vorsitzender), Irmgard Bohrer, Hiltrud Giesen, Antje Kettlitz, Eva Lohkämper, Ludger Brinkmann
Steuer-Nr.: 308/5838/0321; Amtsgericht Gelsenkirchen VR 14100; www.fbm-bottrop.de



SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger:

Verein zur Förderung von Menschen
mit Behinderungen e.V. Bottrop

Gläubigeridentifikation: DE 08ZZZ00000519745

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen e.V. Bottrop Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen e.V. Bottrop auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

(Bitte schreiben Sie leserlich in Blockbuchstaben)

(Name Zahlungspflichtiger)

(Name Kontoinhaber/in)

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

(Name der Bank)

DE _____
(Internationale Banknummer IBAN Kontoinhaber/in)

(Ort, Datum)

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

Die Daten werden ausschließlich zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs gespeichert. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung und Ihrer Rechte: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/384240, E-Mail: poststelle@ldi.de, Stand: 12-2021