

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Verein „Riverboat-Doctors-International e.V.“ unter Anerkennung der Satzung in der z. Zt. gültigen Fassung.

| | |
|-------------------|-------|
| *Eintrittstag: | _____ |
| *Mitgliedsnummer: | _____ |

*) wird vom Verein vergeben

Persönliche Angaben

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ & Wohnort: _____

Telefon / Telefax: _____

Beruf: _____

Mobil: _____

Email: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in einer EDV-gestützten Datei gespeichert und zu Zwecken der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung verwendet werden.

Der Mindestmitgliedsbeitrag beträgt 36 Euro jährlich und ist zu Beginn des Geschäftsjahres fällig. Bei Beginn der Mitgliedschaft im laufenden Geschäftsjahr ist der anteilige Jahresbeitrag unmittelbar nach Beginn der Mitgliedschaft zu entrichten. Mitglieder werden gebeten, am Lastschriftinzugsverfahren teilzunehmen. Dazu bitte Seite 2 des Antrages ausfüllen.

Ich bezahle einen Beitrag von _____ € jährlich.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten gegenüber anderen Vereinsmitgliedern

***einverstanden / nicht einverstanden. *nicht zutreffendes bitte streichen.**

Der Vereinsvorstand weist hiermit darauf hin, dass der Verein für einen Datenmissbrauch durch ein anderes Vereinsmitglied nicht haftbar gemacht werden kann. Daher nimmt das Vereinsmitglied die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsrechtsverletzung zur Kenntnis und ist sich bewusst

Datum, Ort & Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Seite 2

SEPA - Lastschriftsmandat

Riverboat-Doctors-International e.V.

Name des Zahlungsempfängers

Grenzweg 3

Straße & Hausnummer

27777 Ganderkesee

Postleitzahl und Ort

Deutschland

Land

Mandatsreferenz (wird von RDI e.V. vergeben)

Ich ermächtige Riverboat-Doctors-International e.V. die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Riverboat-Doctors-International e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

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 (Vor- und Nachname): _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Land: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____

IBAN: _____

Datum, Ort & Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)