

Beitrittserklärung

Einzelmitglieder /Ehepaare/ Partnerschaften
Einzelne Jugendliche/Auszubildende/Studenten bis 27 Jahre

Ich/Wir erkläre(n) hiermit ab

[Redacted]
Datum

unter Anerkennung der Satzung
meinen/unseren Beitritt zum

Familien
mit Kindern
bitte auch Anlage
ausfüllen



Schwäbischen Albverein e.V. Ortsgruppe Markdorf

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Vorname Ehemann/Partner(in)

Name Familie /Partner(in)

Geburtsdatum

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Vorname Ehefrau/Partner(in)

abweichender Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

[Redacted]

PLZ + Wohnort

[Redacted]

[Redacted]

Telefon

[Redacted]

email

[Redacted]

Zeitschrift erwünscht

ja [Redacted]

nein [Redacted]

Intern	[Redacted]
MitgliedsNr.	[Redacted]
MitgliedsNr.	[Redacted]
Beitrag	X
58,00 EUR	[Redacted]
Einzelmitglied	[Redacted]
77,00 EUR	[Redacted]
Familienmitgliedschaft	[Redacted]
49,00 EUR	[Redacted]
Alleinerziehende	[Redacted]

Datenschutzrechtliche Belehrung

Alle in dieser Beitrittserklärung erhobenen Daten werden ausschließlich vom Schwäbischen Albverein e.V. und seiner Ortsgruppe Markdorf für Zwecke der Betreuung und Verwaltung der Mitglieder verwandt. Die email-Anschrift wird benutzt, um die Mitglieder zu Versammlungen einzuladen und andere Vereins-Informationen zu verschicken.

Wir machen auf unseren Datenschutzhinweis (siehe Rückseite bzw. separates Blatt) aufmerksam, den Sie mit dieser Beitrittserklärung erhalten. Zusätzlich finden Sie diesen auch auf www.albverein.net/mitglied-werden. Ich bin mit der darin geregelten Verwendung meiner Daten einverstanden.

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Datum

Unterschrift Ehemann/Partner

Unterschrift Ehefrau/Partner(in)

Einzugsermächtigung (SEPA-Basis--Lastschriftmandat)

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE97 011 00000108609

Ich ermächtige den Schwäbischen Albverein e.V. Ortsgruppe Markdorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schwäbischen Albverein Ortsgruppe Markdorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlagen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Redacted] [Redacted]

Name Kreditinstitut

Vorname und Name Kontoinhaber

IBAN

[Redacted]

Die IBAN steht auf Ihrer BankCard

[Redacted] [Redacted] [Redacted]

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Intern

02 2030	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Gau	Ortsgruppe	Mandatsreferenz-Nr.	Mitglieds-Nachweis	Eintrittsjahr
Bitte per mail senden an: info@albverein-markdorf.de				

geworben von

Stand

02/2024