

Beitrittserklärung

zum **Förderverein Freibad Laggenbeck e.V.**

Förderverein Freibad Laggenbeck e.V.
Vorsitzender: Dirk Gaertner

--	--

Name

Vorname

Tecklenburger Str. 11
49479 Ibbenbüren-Laggenbeck

--

(Firma)

Telefon: 05451/8208
E-Mail: ev@freibad-laggenbeck.de

--

Straße

--	--

PLZ

Ort

--	--	--

Geburtsdatum

Tel. Festnetz / Mobil

Mail

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein Freibad Laggenbeck e.V.

- Ich zahle als **Mitgliedsbeitrag** 15,34€ Beitrag pro Jahr **als Erstmitglied**
 5,11€ Beitrag pro Jahr als zweites Mitglied oder
als Schüler, Student (Nachweis erforderlich)

und ggf. **eine steuerlich absetzbare Zuwendung** ab dem Jahr _____, in Höhe von jährlich:

- 30,00€ 60,00€ 100,00€ _____,00€

Vereinsatzung: Ich erkenne die jeweils gültige Vereinsatzung an.

Die Vereinsatzung kann jederzeit auf unserer Homepage <https://www.freibad-laggenbeck.de/foerderverein/satzung> eingesehen bzw. heruntergeladen werden.

Datenschutz: Mit Ihrem Antrag auf Mitgliedschaft in unseren Verein stellen Sie uns im Anmeldeformular personenbezogene Daten zur Verfügung, welche wir im Rahmen und zur Erfüllung unserer Vereinszwecke erheben und unter Beachtung der Vorgaben aus der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeiten. Für detaillierte Auskunft kann unsere Datenschutzerklärung jederzeit auf unsere Homepage <https://www.freibad-laggenbeck.de/datenschutz> eingesehen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Beitrittserklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben an der Kasse im Freibad abgeben. Der Mitgliedsbeitrag für das erste Jahr wird direkt bei der Abgabe der Beitrittserklärung erhoben. Beitrittserklärungen sind nur mit Erteilung des SEPA Lastschriftmandates gültig.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

Ich ermächtige den Förderverein Freibad Laggenbeck e. V. die zu entrichtenden Beiträge mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Freibad Laggenbeck e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt im April für das jeweilige Kalenderjahr. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

--	--

Name Kontoinhaber

Bank

--	--

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift