



Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Projekt Blinden Vision e.V.

Füllen Sie bitte das PDF Formular aus und schicken es unterschrieben an folgende Adresse: Dr. Bernd Wagner, Gumpfenberg 4, 86554 Pöttmes

Name *

Vorname Nachname

Adresse *

Straße und Hausnummer

E-Mail *

Stadt

Postleitzahl

Telefonnummer

Land

jährliche Beitragszahlung von

alternativ monatliche Zahlung von

Einzugsermächtigung und SEPA Lastschriftmandat:

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

Kontoinhaber

IBAN

Hiermit bevollmächtige ich den Verein Projekt Blinden Vision e.V. den o.g. Betrag von meinem Konto abzubuchen.

ich erteile keine Einzugsermächtigung und überweise den oben genannten Betrag selbständig an untenstehendes Konto

Kontoverbindung Projekt Blindenvision e.V., Stadtparkasse Aichach, IBAN: DE 247 205 121 0 0006 054 472

Datenschutzhinweise:

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Email und Telefonnummern.

- * Ja, ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Telefonnummer und E-Mail-Adresse. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.
- * Hiermit stelle ich einen Antrag auf Mitgliedschaft im Projekt Blinden Vision e.V.

Datum *



Tag Monat Jahr

Ort *

Unterschrift für den Mitgliedsantrag, die Einzugsermächtigung (wenn gewünscht) und die Datenschutzhinweise

Unterschreiben Sie hier auf dem ausgedruckten PDF Formular

Ihre Nachricht an uns ...