In order to submit this form, you should open it with Adobe Acrobat Reader.

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

Name *

Vorname

Nachname

Adresse *

Straße und Hausnummer

Stadt

Postleitzahl

Land

E-Mail *

Telefonnummer

Landesvorwahl

Vorwahl

Telefonnummer

jährliche Beitragszahlung von

xx €

alternativ monatliche Beitragszahlung von

xx €

Ihre Nachricht an uns ....

*

☐ Hiermit stelle ich einen Antrag auf Mitgliedschaft im Projekt Blinden Vision e.V.

Ort *

Datum *

Jotform Erstellen Sie jetzt Ihr eigenes Jotform PDF-Dokument — kostenlos Erstellen Sie Ihr eigenes PDF-Dokument

Monat Jahr

Einzugsermächtigung und SEPA Lastschriftmandat:

Tag

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.

Konto des Projekt Blinden Vision e.V:
Projekt Blinden Vision e.V, Sparkasse Altbayern, IBAN: DE24 7205 1210 0006 0544 72

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.

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

*

- ○ 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.

Jotform Erstellen Sie jetzt Ihr eigenes Jotform PDF-Dokument — kostenlos Erstellen Sie Ihr eigenes PDF-Dokument