Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft im Kneipp-Verein Bad Waldsee e.V.
An den Vors. Horst Michaelis Finkenweg 5, 88339 Bad Waldsee

ab ……..……..… zum Mitgliedsbetrag (Mindestmitgliedschaft 1 Jahr) von:

☐ Einzelperson € …25,00 pro Jahr ☐ Familie € 35,00 pro Jahr ☐ Fördermitglied € …..... pro

……..……..……...……	……..……..……..……	……..……
Nachname	Vorname	geb. am
……..……..……..……	……..……..……..……	……..……
ggf. Partner/-in Nachname	Vorname	geb. am
……..……..……..……	….....	……..……
Straße	PLZ	Ort
……..……..……..……	….....	……..……
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	

Kinder unter 18 Jahren können beitragsfrei in die Familienmitgliedschaft aufgenommen werden:

……..…..……..……	……..……..……..……	……..……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am
……..…..……..……	……..……..……..……	……..……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am
……..…..……..……	……..……..……..……	……..……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am

Mit meiner/unserer Mitgliedschaft erkenne/n ich/wir die Satzung des Kneipp-Vereins und die Satzung des Kneipp-Bund e.V. (einzusehen unter https://www.kneippbund.de/wer-wir-sind/satzung-organigramm/) in der jeweils gültigen Fassung an. Der Bezug der Zeitschrift „Kneipp-Journal“ ist in der Mitgliedschaft enthalten.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke des Kneipp-Vereins und des Kneipp-Bund e.V. mit seinen Untergliederungen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte z.B. für Werbezwecke findet nicht statt.

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir die Informationen des Kneipp-Vereins zum Umgang mit den Daten gemäß Art.13 DS-GVO erhalten habe/n.

☐ Ich/Wir willige/n ein, dass die freiwillig angegebenen Daten, einschließlich namentliche Nennung und Bild in der Presse und auf der Homepage, zu den vorgesehenen Zwecken verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann/können ich/wir jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft durch eine Anzeige an den Kneipp-Verein und den Kneipp-Bund e.V. widerrufen (es genügt jeweils eine E-Mail).

….……..……..……	……..……	……..……..……
Ort	Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)
….……..……..……	……..……	……..……..……
Ort	Datum	ggf. Unterschrift Partner/-in

Lieferung des **Kneipp-Journals** per ☐ Einzelversand ☐ Frachtversand

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: ☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

……..……..
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | |
(Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)

…… ……..……..
Ort Datum (TT.MM.JJJJ)

……..……..
Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)