

Familien-Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Verein

Bildungszentrum zur Förderung der polnischen Sprache, Kultur und Tradition St. Albertus e. V.

für folgenden Familienmitglieder im Rahmen einer Familienmitgliedschaft:

Familienmitglied	Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Mitgliedbeitrag	Bitte ankreuzen
1. Kind				70 EUR	
2. Kind				+10 EUR	
3. Kind				+10EUR	
4. Kind				+ 0 EUR	
5. Kind				+ 0 EUR	
1. Elternteil				+10 EUR	
2. Elternteil				+5 EUR	

Straße/Hausnr.	
PLZ/Ort	
Telefon/e-mail	

**Bildungszentrum zur Förderung der polnischen Sprache,
Kultur und Tradition St. Albertus e.V.**
Wittenberger Str. 88, 01277 Dresden
st.albertus@pmkdresden.de

Die gültige Satzung und die Beitragsordnung des Vereines Bildungszentrum zur Förderung der polnischen Sprache, Kultur und Tradition St. Albertus e.V. erkenne ich an.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Gleichzeitig bestätige und erlaube ich dem Verein, folgende Daten in der Vereinszeitung, online oder über Internet (Bsp. Internetseite des Vereins) zu veröffentlichen: Name und Fotos zu meiner Person, sofern ich diese Einwilligung gegenüber dem Verein nicht widerrufe. Bei Vereinsaustritt ist eine schriftliche Abmeldung erforderlich.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschriften aller erwachsenen Beitretenden

Erteilung einer Lastschriftermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer.: DE52ZZZ00002346627

Mandatsreferenz:

--	--	--	--	--	--	--	--

Ich ermächtige Bildungszentrum zur Förderung der polnischen Sprache, Kultur und Tradition St. Albertus e.V., bis auf schriftlichen Widerruf, die Zahlungen der jährlichen oder halbjährlichen Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von St. Albertus e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut:

IBAN:

Grundbeitrag:EURO

Freiwilliger Zusatzbeitrag:EURO

Zahlungsweise ankreuzen:

jährlich

halbjährlich

Zahl der angemeldeten Mitglieder:

Namen der angemeldeten Mitglieder:

.....

Ort, Unterschrift

.....

Mandatsdatum