

# Antragsformular



Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied

im **LandFrauenVerein Bad Oldesloe und Umgebung**

Ich interessiere mich für die Kreisgruppe „Junge LandFrauen“.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Mit dem Beitritt eines Mitglieds nimmt der LandFrauenVerein Bad Oldesloe und Umgebung dessen Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten und Bankverbindung auf. Diese Daten werden ausschließlich zur Mitgliederverwaltung erhoben und verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben (Ausnahme: bei Reise-Teilnahme Weitergabe an das zuständige Busunternehmen).

Die personenbezogenen Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Die Mitglieder können jederzeit Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten.

Der Veröffentlichung von Fotos, die auf Veranstaltungen zum Zwecke zukünftiger Dokumentation und Veröffentlichung auf der Website, Sozialen Netzwerken und in Printmedien (Tageszeitung/Bauernblatt.....) erstellt werden, wird zugestimmt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## LandFrauenVerein Bad Oldesloe und Umgebung

Gläubigeridentifikationsnummer: DE29ZZZ00000832677

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den LandFrauenVerein Bad Oldesloe und Umgebung widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von zurzeit **35,00 €** pro Jahr von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom vorgenannten LandFrauenVerein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Jährliches Fälligkeitsdatum ist der 15. Januar. Fällt der Fälligkeitstag des zu zahlenden Betrages auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so wird der nächste Geschäftstag als Fälligkeitstag gewählt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

#### Zahlungspflichtiger:

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

(falls abweichend vom Antragsteller)

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: D E \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Kontoinhaber)