Fernsehturm Dresden e. V.
Rohlfsstr. 21
01069 Dresden

www.vereinfernsehturmdresden.de
kontakt@vereinfernsehturmdresden.de

B E I T R I T T S A N T R A G

Mitglieds-Nr.: _____
(wird vom Verein vergeben)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Fernsehturm Dresden e. V. als
☐ **ordentliches** / ☐ **förderndes** Mitglied.

Angaben zur Person:

Name, Vorname _____

Titel/Grad _____

Geburtsdatum _____

PLZ, Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Angaben zum Unternehmen: (nur auszufüllen bei fördernden Mitgliedern in Form von Unternehmen)

Firma _____

Ansprechpartner _____

PLZ, Ort _____

Straße, Hausnummer _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Mit meinem Beitrittsantrag erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung in der aktuellen Fassung an. Meine Mitgliedschaft beginnt mit der Bestätigung der Anmeldung und der entsprechenden Mitteilung durch den Vorstand. Die Beitrittsgebühr sowie der erste Jahresbeitrag gemäß Beitragsordnung werden nach der Aufnahmebestätigung vom angegebenen Konto (siehe **SEPA-Mandat** in der Anlage) eingezogen.
Ich bin damit einverstanden, dass obige Daten zwecks Vereinsverwaltung und Erstellung eines vereinsinternen Mitgliederverzeichnisses elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Erklärung des Vorstands:
Für die vertrauliche Behandlung der offengelegten Angaben zur Person zeichnet der Vorstand verantwortlich. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur nach Einwilligung des Mitglieds.

Fernsehturm Dresden e. V.
Rohlfsstr. 21
01069 Dresden

www.vereinfernsehturmdresden.de
kontakt@vereinfernsehturmdresden.de

Anlage 1 zum Beitrittsantrag

Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Fernsehturm Dresden e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Rohlfsstraße 21, 01069 Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87FST00001005457

Mandatsreferenznummer:
(wird vom Verein eingetragen)

Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat
Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch SEPA-Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.
Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir Können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des eingezogenen Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung/dauerhaftes Mandat

Name der/des Zahlungspflichtigen:
(Kontoinhaber/in)

Anschrift der/des Zahlungspflichtigen:
(Kontoinhaber/in)

IBAN der/des Zahlungspflichtigen:

BIC

Ort, Datum:

Unterschrift der/des Zahlungspflichtigen: