



## Siedlervereinigung Knetzgau e.V.

Schultheistrae 2  
Telefon 0 95 27 / 77 81

eMail: siedlervereinigung.knetzgau@gmail.com

<https://www.verband-wohneigentum.de/bv-unterfranken-knetzgau>



# Beitrittserklahrung zum Fördermitglied

in der Siedlervereinigung Knetzgau e.V.

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

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

eMail: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Eintritt zum: \_\_\_\_\_

Ehe-/Lebenspartner:

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

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

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

ggf. Hochzeitstag: \_\_\_\_\_

**Mitgliedsbeitrag: 12,- € / Kalenderjahr**

### **Zweck der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung, und -nutzung**

Wir verarbeiten die oben genannten Daten im Einklang mit den Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

- Die personenbezogenen Daten werden für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhaltnisses verarbeitet:  
(z.B. Beitragsrechnung, Einladung zu Versammlungen, Mitglieder-Informationen).
- Durchführung von Werbemaßnahmen in Printmedien gemäß unserem Vereinszweck:  
(z.B. Zeitungsanzeigen, auf unserer Website, Instagram, etc.).

Die Aufnahme in die Siedlervereinigung Knetzgau e.V. sowie der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung, und -nutzung meiner persönlichen Daten zu vereinsinternen Zwecken stimme ich zu:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und des SEPA-Lastschriftmandats

Siedlervereinigung Knetzgau e.V. , Schultheistrae 2 , 97478 Knetzgau

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir 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.

---

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber

---

IBAN des Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber

Bank u. BIC

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Vorstandes: \_\_\_\_\_