

BEITRITTSANTRAG

Mitglieds-Nr.: _____

(wird vom Verein vergeben)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Fernsehturm Dresden e.V. als

ordentliches / förderndes Mitglied.

Angaben zur Person:

Anrede: _____ Titel/Grad: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße: _____ Nr.: _____

Telefon: _____ Mobilfunk: _____

Email: _____ Rentner/Student/sonst. Bedürftigkeit

Bitte bei Student/Bedürftigkeit Nachweis beilegen!

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

Firma: _____

Anspr.-Partner: _____

Straße/Haus-Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Email: _____

Mit meinem Beitrittsgesuch erkenne ich die Satzung und Beitragsordnung in der aktuellen Fassung an. Meine Mitgliedschaft beginnt mit der Bestätigung der Anmeldung und entsprechender Mitteilung durch den Vorstand. Die Beitrittsgebühr sowie der erste Jahresbeitrag gem. Beitragsordnung wird 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 offen gelegten Angaben zur Person zeichnet der Vorstand verantwortlich. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur nach Einwilligung des Mitglieds.



Anlage 1 zum Beitrittsantrag

Einzugsermächtigung / SEPA - Lastschriftmandat	
Name des Zahlungsempfängers:	Fernsehturm Dresden e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers:	Freiberger Straße 8 01067 Dresden
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE87FST00001005457
Mandatsreferenznummer:	_____
<i>(wird vom Verein eingetragen)</i>	
Einzugsermächtigung/ SEPA-Lastschriftmandat:	
<p>Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch SEPA-Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.</p> <p>Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p>	
Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung/dauerhaftes Mandat	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer: _____	
Postleitzahl und Ort: _____	
IBAN des Zahlungspflichtigen:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
BIC: <i>(Für Inland nicht notwendig)</i>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ort:	Datum (TT/MM/JJJJ):
_____	_____
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
