Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft im

Kneipp-Verein Berlin e.V.

ab …….…… zum Mitgliedsbetrag von:

☐ Einzelperson 50,00 €/Jahr ☐ Familie/Ehepartner 70,00 €/Jahr ☐ Einrichtung/Betrieb 60,00 €/Jahr

……
Name der Einrichtung/des Betriebs

……..……..……..……	……..……..……..……	……..……
Nachname	Vorname	geb. am
……..……..……	……..……..……	……..……
ggf. Partner/-in Nachname	Vorname	geb. am
……..……..……	….....	……..……
Straße	PLZ	Ort
……..……..……	….....	……..……
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	

Kinder unter 18 Jahren können beitragsfrei in die Familienmitgliedschaft aufgenommen werden:

……..…..……..……	……..……..……..……	……..……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am
……..…..……..……	……..……..……..……	……..……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am
……..…..……..……	……..……..……..……	……..……
ggf. Kind Nachname	Vorname	geb. am

Mit meiner/unserer Mitgliedschaft erkenne/n ich/wir die Satzung des Kneipp-Vereins und die Satzung des Kneipp-Bund e.V. (einzusehen unter https://www.kneippbund.de/wer-wir-sind/satzung-organigramm/) in der jeweils gültigen Fassung an. Der Bezug der Zeitschrift „Kneipp-Journal“ ist in der Mitgliedschaft enthalten.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke des Kneipp-Vereins und des Kneipp-Bund e.V. mit seinen Untergliederungen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte z.B. für Werbezwecke findet nicht statt.

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir die Informationen des Kneipp-Vereins zum Umgang mit den Daten gemäß Art.13 DS-GVO erhalten habe/n.

☐ Ich/Wir willige/n ein, dass die freiwillig angegebenen Daten zu den vorgesehenen Zwecken verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann/können ich/wir jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft durch eine Anzeige an den Kneipp-Verein und den Kneipp-Bund e.V. widerrufen (es genügt jeweils eine E-Mail).

……..……..……..……	……..……	……..……
Ort	Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)
……..……..……..……	……..……	……..……
Ort	Datum	ggf. Unterschrift Partner/-in

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:
Kneipp-Verein Berlin e.V.
……..……...
Name des Kneipp-Vereins

Anschrift des Zahlungsempfängers:
Aßmannshauser Straße 23a
……....
Straße und Hausnummer des Kneipp-Vereins
14197 Berlin
……..……...
PLZ und Ort des Kneipp-Vereins

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE57ZZZ00000847111

Mandatsreferenz: ……..…….

von: ……..…….
Name, Vorname

für: ☐ Mitgliedschaft ☐ Kursteilnahme

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Zahlungsart: ☐ Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

……..……...
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | |
(Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)

…… ……..……...
Ort Datum (TT.MM.JJJJ)

……..……...
Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)