

EMIL-Beitrittserklärung



An die
Marktgemeinde Ardagger
Markt 55
3321 Ardagger Markt
per E-Mail: emilardagger@gmail.com

Mitgliedsnummer: _____
wird durch den Vereinsvorstand ausgefüllt

Mitgliedsdaten

Name: _____ Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

PLZ/Ort: _____ Straße/Hnr.: _____

Anmeldung als: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Erwachsener ab 16 Jahre (€ 25/Jahr)
- Kind/Jugendlicher 6 bis 15 Jahre (€ 15/Jahr)
- FahrerIn (€ 15/Jahr)

Fahrtkosten:

Erwachsene: € 2,50
Kinder von 6 bis 15 Jahre: € 1,30
FahrerIn/Kinder unter 6 Jahre in Begleitung kostenfrei

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und bin ab Unterfertigung und Einzahlung des Mitgliedsbeitrages Mitglied des Vereines „EMIL Ardagger“. Ich werde nicht vorsätzlich Handlungen tätigen, die das Ansehen des Vereines gefährden oder zu Sach- oder Personenschäden führen können. Ich nehme zur Kenntnis, dass Kinder unter 6 Jahre nur in Begleitung eines erwachsenen Mitgliedes befördert werden können.

Datenschutzerklärung: Im Rahmen Ihrer Vereinsmitgliedschaft verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, welche Sie uns bekannt gegeben haben. Diese Daten werden für die Führung der Mitgliederverzeichnisse und zur Kommunikation innerhalb des Vereines verarbeitet. Alle diese Daten werden vertraulich behandelt und dienen nur der Organisation von „EMIL Ardagger“.

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jährlich und die Fahrtkosten quartalsmäßig per Kontoabbuchung von meinem Konto eingezogen werden. Bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Daten und bin mit der Datenschutzerklärung einverstanden.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Mitgliedsnummer, eine Vereinsbestätigung sowie sämtliche zusätzliche Infos werden Ihnen zugeschickt.

SEPA-Lastschrift-Mandat (Einziehungsermächtigung)

Name: _____ Adresse: _____

IBAN: _____ Kreditinstitut: _____

Ich ermächtige den Verein „EMIL Ardagger“, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „EMIL Ardagger“ auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____