EMIL BEITRITTSERKLÄRUNG

An den Verein Emil WaStWo
Oberer Markt 1
3262 Wang
Per Email: info@wastwo.emilio.at
ZVR: 1019588705

MITGLIEDSDATEN

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Email Adresse
Anschrift	Telefonnummer

TARIF (bitte ankreuzen)

☐ **Emil-Standard:**
Erwachsene (ab dem 18. Geburtstag)
Mitgliedsbeitrag jährlich: € 30
Einzelfahrt Zone 1: € 2
Zone 2: € 4 Zone 3: € 8

☐ **Emil Kinder und Jugendliche:**
Vom 6. bis einen Tag vor dem 18. Geburtstag
Mitgliedsbeitrag jährlich: € 15
Voraussetzung: Mitgliedschaft eines Elternteiles bis zum 14. Geburtstag
Einzelfahrt Zone 1: € 1,20
Zone 2: € 2,40 Zone 3: € 4,80

☐ **Ich stelle mich als FahrerIn zu Verfügung**

Zone 1: Pfarre Steinakirchen, Zone 2: umliegende Gemeinden, Zone 3: Amstetten(KH, Therapiez.), Scheibbs (Bhf, KH), Ybbs Busbahnhof

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und bin ab Unterfertigung dieses Formulars Mitglied des Vereines EMIL WaStWo. Die Mitgliedschaft ist im Vollbetrieb ein Jahr gültig und verlängert sich bei Einzahlung des Mitgliedsbeitrages automatisch. Schriftliche Kündigung ist jederzeit möglich, jedoch mindestens 1 Monat vor Ablauf der Mitgliedschaft. Bereits einbezahlte Mitgliedsbeiträge werden nicht refundiert. Nur Mitglieder des Vereine Emil WaStWo können den Fahrdienst in Anspruch nehmen. Kinder unter 6 Jahren können nur in Beleitung eines erwachsenen Mitgliedes befördert werden.

DATENSCHUTZERKLÄRUNG: Im Rahmen Ihrer Vereinsmitgliedschaft verarbeiten wir Ihre persönlichen Daten, welche Sie uns bekanntgegeben haben. Diese Daten werden für die Führung der Mitgliederverzeichnisse und zur Kommunikation innerhalb des Vereines verarbeitet. Alle Daten werden vertraulich behandelt und dienen nur der Organisation von EMIL WaStWo. Ohne Bereitstellung dieser Daten ist eine Mitgliedschaft nicht möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jährlich und die Fahrtkosten vierteljährlich 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 Mitglied (Erziehungsberechigte/r)

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (EINZIEHUNGSERMÄCHTIGUNG)

Kontowortlaut (Familienname, Vorname)	
IBAN	
Ich ermächtige den Verein „EMIL WaStWo“, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ICH mein Kreditinstitut an, die vom Verein „EMIL WaStWo“ 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 Kontoinhaber