

BEITRITTSERKLÄRUNG

Nachname	_____	Nachname	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Straße	_____	Straße	_____
PLZ/Ort	_____	PLZ/Ort	_____
Geb.-Datum	_____	Geb.-Datum	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____
Name Kind 1	_____	Name Kind 2	_____
Geb. Datum	_____	Geb. Datum	_____

Ich bin einverstanden, dass die personenbezogenen Daten gem. Bundesdatenschutzgesetz vom 27.1.1977 für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden.

Eine Evtl. Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich erfolgen. Sie kann nur zum 31.12. eines jeden Jahres erfolgen, wobei eine Kündigungsfrist von 3 Monaten (30.09.) einzuhalten ist.

SEPA-Lastschriftmandat: Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 49CP D000 0012 8097

Mandatsreferenz. Mitgliedsnummer _____

Ich ermächtige den HWGHV den Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom HWGHV auf mein Konto gezogene 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.

Kreditinstitut (Name) _____

BIC _____ IBAN DE _____

Datum, Ort

Unterschrift

----- bitte abtrennen -----

Jahresbeitrag für Mitglieder:

pro Mitglied	18,00 €
pro Ehepaar	30,00 €
pro Kind bis 18 Jahre	frei