Kneipp Verein Bremervörde e.V.
Buchenstraße 1
27432 Bremervörde
Telefon: 04761 8088861
Info@kneippverein-bremervoerde.de

Aufnahmeantrag

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft (Aufnahmegebühr 3,00 € pro neues Mitglied) im **Kneipp-Verein Bremervörde e.V.,** Buchenstraße 1, 27432 Bremervörde

ab ..... zum Mitgliedsbeitrag (Mindestmitgliedschaft 1 Jahr) von:

□ Einzelperson 40,- € pro Jahr □ Mitglied mit Partner/-in 57,- € pro Jahr □ Fördermitglied ..... € pro Jahr

□ Jugend bis 17 Jahre 15,00 € pro Jahr □ Kind bis 13 Jahre 12,50 € pro Jahr

.....	.....	.....
Nachname	Vorname	geb. am
.....	.....	.....
ggf. Partner/-in Nachname	Vorname	geb. am
.....	.....	.....
Straße	PLZ	Ort
.....	.....	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse	
.....	.....	.....
Kind/Jugendliche Nachname	Vorname	geb. am
.....	.....	.....
Kind/Jugendliche 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.
Kündigung der Mitgliedschaft hat schriftlich drei Monate im Voraus, zum Ende des Jahres, zu erfolgen.

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 Bremervörde e.V. und des Kneipp-Bund e.V. mit seinen Untergliederungen, sowie für die Weitergabe der Gesundheitsdaten an den Kneipp-Bund Landesverband Niedersachsen-Bremen e.V. zum Zwecke der Abrechnung mit den Krankenkassen. 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

Kneipp Verein Bremervörde e.V.
Buchenstraße 1
27432 Bremervörde
Telefon: 04761 8088861
Info@kneippverein-bremervoerde.de

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Kneipp-Verein Bremervörde e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Buchenstraße 1, 27432 Bremervörde

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000742617

Mandatsreferenz: ……

für Mitgliedschaft von: ……..…..
Name des Mitglieds bzw. Hauptmitglieds

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.

Eingezogen wird der Mitgliedsbeitrag und in Anspruch genommene Kneipp-Angebote (z.B. Kurse oder Tagesreisen).

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)