

## Mitgliedsantrag

Liebe Naturfreunde,

hiermit beantrage ich,

Mitglieds-Nr. (wird vom Verein ausgefüllt)	Name*	Vorname*
_____	_____	_____
PLZ*	Ort*	Straße und Hausnummer*
_____	_____	_____
Geburtsdatum*	Telefonnummer	Email-Adresse
_____	_____	_____

\* Pflichtfelder

meine Aufnahme in den Trampelpfad e. V. zum \_\_\_\_\_ als

- aktives Mitglied  
 Fördermitglied

- Ich beantrage eine Beitragsbefreiung. Einen entsprechenden Nachweis füge ich diesem Antrag bei.

**Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung die angegebenen persönlichen Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.**

- Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse...  
 Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Mit Unterzeichnung dieser Erklärung übernehme ich die satzungsgemäßen Verpflichtungen gegenüber dem Trampelpfad e.V.. Eine Kündigung ist nur schriftlich und zum Monatsende des Folgemonats möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Für Minderjährige:

Hiermit genehmigen wir gemäß § 108 Abs. 1 BGB den von unserem Sohn/unsere Tochter \_\_\_\_\_ (Name) am \_\_\_\_\_ erklärten Beitritt zum Trampelpfad e. V..

## Erstellung eines SEPA- Lastschriftmandats

Die Entrichtung des Beitrages erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig am \_\_\_\_\_ jeden Jahres.

<b>Zahlungsempfänger:</b>	Trampelpfad e. V.
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b>	
<b>Mandatsreferenz:</b>	Ihre Mitgliedsnummer
<b>SEPA-Lastschriftmandat:</b>	Ich ermächtige Trampelpfad e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Trampelpfad e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
<b>Hinweis:</b>	Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Mitglied)

Adresse des Kontoinhabers (falls abweichend vom Mitglied)

**IBAN:**

DE | \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers