

Tourismus- und Kulturverein  
Wackersdorf-Steinberg am See e.V.

1. Vorsitzender Anton Zizler  
Steinberger Str. 16  
92442 Wackersdorf



## BEITRITTSEKLÄRUNG

*Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft im Tourismus- und Kulturverein  
Wackersdorf-Steinberg am See e.V.:*

**Nachname/Vorname:** ..... **Geburtsdatum:** .....

**Straße, HsNr.:** .....

**PLZ, Ort:** .....

**Telefon Festnetz und Mobil:** .....

Ich bin damit einverstanden, dass Einladungen z.B. zu Mitgliederversammlungen oder andere Informationen sowohl an mich als auch an nachfolgend genannte Familienmitglieder an folgende Email-Adresse versandt werden:

**E-Mail:** .....

**Beginn der Mitgliedschaft:** .....

### Familienmitglied/er

**Nachname/Vorname:** ..... **geb. am** .....

**Nachname/Vorname:** ..... **geb. am** .....

Der jährliche Mitgliedsbeitrag ist jedes Jahr im März zur Zahlung fällig und wird von dem im beiliegenden SEPA-Lastschrift-Mandat genannten Konto eingezogen.

Einzelmitgliedschaft: 15 € (fünfzehn Euro); Familienmitgliedschaft: 20 € (zwanzig Euro)

Hiermit gebe ich die Zustimmung zur Nennung und Abbildung meiner Person für die Zwecke des Vereins auf Homepage, Printmedien oder sonstiger Veröffentlichung. Mit der Speicherung meiner Daten im Rahmen der Satzung bin ich einverstanden, ebenso mit der Veröffentlichung auf der Homepage des Vereins und der Weitergabe an andere Vereinsmitglieder. Mit Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung in vollem Umfang an.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....

## **SEPA- Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE47 ZZZ 0000 2199 471

**Mandatsreferenz:**

[Ihre Mitgliedsnummerxxx]-[Ihr Vor- und Zuname]-[Ihr Geburtsdatum ttmmjj]

Hiermit ermächtige ich den

**Tourismus- und Kulturverein Wackersdorf-Steinberg am See e.V.,**

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Tourismus- und Kulturverein Wackersdorf-Steinberg am See e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:.....

Kontoinhaber:.....

IBAN: DE \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

.....

.....