



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich als zuständige und Auskunft gebende Person

Ggf. Anrede & Titel _____

Vorname & Nachname _____

Geboren am _____

PLZ & Ort _____

Straße & Hausnummer _____

Telefon _____

die Aufnahme unserer Institution _____

als Mitglied in den Verein TRAUERFORSCHUNGSINSTITUT *kleine* BLUME e.V.

Die Vereinssatzung und der zu leistende Mitgliedsbeitrag von **mind. 30 € im Jahr** sind mir bekannt und ich erkenne sie als verbindlich an.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein mir Informationen und Einladungen an die folgende E-Mail-Adresse übermittelt: _____

Einverständniserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich bin mit der obigen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten wie Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Erklärung jederzeit durch Erklärung (gegenüber dem Vorstand) widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ort & Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Eigenständige Überweisung oder Zahlung per SEPA-Lastschriftverfahren

- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag von _____ € eigenständig einmal jährlich auf das folgende Vereinskonto des TRAUERFORSCHUNGSINSTITUTS kleine BLUME e.V.:
Sparkasse Hannover | IBAN: DE46 2505 0180 0910 5826 02 | BIC: SPKHDE2HXXX
- Ich wünsche den Einzug des Mitgliedsbeitrags in Höhe von _____ € per SEPA-Lastschriftverfahren und ermächtige hiermit das TRAUERFORSCHUNGSINSTITUT *kleine* BLUME e.V., den Mitgliedsbeitrag einmal jährlich von dem unten aufgeführten Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom obigen Verein 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE76ZZZ00002628077**

Mandatsreferenz: wird Ihnen separat mitgeteilt

Kontoinhaberschaft:

Vorname & Nachname oder Name der Institution

IBAN: DE_____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Ort & Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag mit Ihren zwei Unterschriften entweder per Mail an: info@t-kleineblume.de

oder postalisch an: TRAUERFORSCHUNGSINSTITUT kleine BLUME e.V.
Fundstraße 1 b | 30161 Hannover

Vielen Dank. Wir freuen uns auf Sie!