

Abaana Uganda e.V.
Bornhövedstraße 53
19055 Schwerin
info@abaana-uganda.com

Aufnahmeantrag

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail-Adresse: _____ (bitte unbedingt angeben)

Mitgliedsbeitrag

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Verein Abaana Uganda e.V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Ich zahle folgenden Beitrag:

- 24 €* Jahresbeitrag
 - 12 €* ermäßigter Jahresbeitrag (Schüler, Studierende, Geringverdiener)
- * bei Aufnahme im 2. Halbjahr wird einmalig der halbe Jahresbeitrag fällig.

Datenschutz

Abaana Uganda e.V. handelt nach dem Grundsatz der Datensparsamkeit. Die im Antrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Alle hier über die gesetzlichen Erfordernisse hinaus erhobenen personenbezogenen Daten dienen ausschließlich der Erfüllung des satzungsgemäßen Vereinszwecks (§ 2 der Satzung); jede anderweitige Nutzung ist ausgeschlossen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Mit dem Ausfüllen und Absenden dieses Formulars erteile ich meine Einwilligung, dass Abaana Uganda e.V. alle meine hier erhobenen personenbezogenen Daten speichern, verarbeiten und zur Erfüllung des satzungsgemäßen Vereinszwecks (§ 2 der Satzung) verwenden darf.

Beitrittserklärung

Ich erkenne die Satzung des Vereins Abaana Uganda e.V. in der Fassung vom 31.10.2015 an und unterstütze die Verwirklichung seiner Ziele. Ein Exemplar der geltenden Satzung habe ich erhalten. Der jährlichen Abbuchung des Mitgliedsbeitrags stimme ich zu. Der Mitgliedsbeitrag soll im März eines Jahres eingezogen werden, der Erstbeitrag jedoch nach der Bestätigung der Aufnahme.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26ZZZ00001895851
Mandatsreferenz W I R D S E P A R A T M I T G E T E I L T

Ich ermächtige den Verein Abaana Uganda e.V., Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese 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.

Name des Kontoinhabers: _____

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum

Unterschrift