



Aufnahme – Antrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in die:

„Erste Kaarster Narrengarde Blau – Gold 2000 e. V.“

Geschäftsstelle: Ober 'm Garten 13, 41564 Kaarst
Tel. Mobil: 0160 - 536 8443 oder
Tel. Mobil: 0173 - 706 7502

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Telefon: _____ Beruf: _____

PLZ/ Ort: _____ Straße: _____

Mein Wunsch ist: **Gardist** **Tanzgarde** **Passiv:** **bitte unbedingt ankreuzen**

Bei Anmeldung für die Tanzgarde

Kind Name: _____ Geb. Datum: _____

Einwilligung:

- Ich bin mit der Verarbeitung folgender personenbezogener Daten durch die Narrengarde Blau-Gold 2000 e.V. zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name; Anschrift; Geburtsdatum; Telefonnummer; EMAIL-Adresse.
- Sowie Fotos zur Erfüllung des Vereinszwecks und der Information über die Vereinsarbeit in unserem jährlichen Sessionsheft und/oder auch auf unserer Internetpräsenz veröffentlicht werden darf.
- Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Ich bin drauf hingewiesen worden, dass ich diese Erklärung jederzeit durch Erklärung gegenüber des Vorstandes widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.
- Das Merkblatt zur Datenschutzerklärung habe ich erhalten.
- Ich erkenne die Satzung in ihrer neuesten Fassung vom 18.05.2016 an. (www.narrengardeblau-gold.de)

Datum: _____ Unterschrift(en): _____
(bei Minderjährigen d. gesetzliche Vertreter)

SEPA-Lastschriftmandat

Narrengarde Blau-Gold 2000 e.V., Gesch.-Stelle: Ober'm Garten 13, 41564 Kaarst

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000275916

Mandatsreferenz: _____ (wird von Blau-Gold vergeben) – Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

- Ich ermächtige die Erste Kaarster Narrengarde Blau-Gold 2000 e.V. Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Narrengarde Blau-Gold 2000 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.

Mitglied: Name, Adresse _____

Kontoinhaber: _____

IBAN DE _____ BIC: _____

Kreditinstitut (Name) _____

Email: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift (des Kontoinhabers) _____