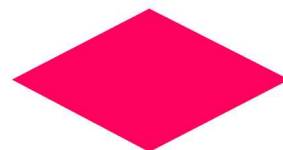


Ja, ich möchte Mitglied im Schwarzwaldverein Seewald e.V. werden.

Schwarzwaldverein

- ☐ Mitglied in der Ortsgruppe Seewald e. V.
- ☐ Einzelmitgliedschaft 40,00 EUR/Jahr ☐ Familienmitgliedschaft 50,00 EUR/Jahr
- ☐ Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an
- ☐ Einladungen zur Hauptversammlung bitte per Email zustellen
- ☐ Einladungen zur Hauptversammlung bitte per Post zustellen
- ☐ Die Mitgliederzeitschrift „Der Schwarzwald“ bitte per Post zustellen
- ☐ Die Mitgliederzeitschrift „Der Schwarzwald“ bitte digital per pdf. zustellen
- ☐ Die Mitgliederzeitschrift „Der Schwarzwald“ brauche ich nicht



Ich möchte ab _____ Mitglied werden.

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Vor- und Zuname (Ehe-/Lebenspartner) _____ Geburtsdatum: _____

Vor- und Zuname (1. Kind) _____ Geburtsdatum: _____

Vor- und Zuname (weiteres Kind) _____ Geburtsdatum: _____ weitere
Kinder ja ☐

Straße _____ E-Mail: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Geworben durch: _____

☐ **Datenschutzerklärung:** Mitgliederdaten werden zur Vertragserfüllung aufgenommen, gespeichert und verwendet. Ausführliche Informationen entnehmen Sie der Datenschutzrichtlinie auf unserer Website www.schwarzwaldverein-seewald.de Meine Einwilligung zur Verwendung meiner personenbezogenen Daten außerhalb des Vertragsverhältnisses kann ich jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Bei Mitgliedschaft im Schwarzwaldverein Seewald: bitte Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen: Gläubiger-Identifikationsnummer DE27ZZZ00001179391

☐ Ich ermächtige den Schwarzwaldverein Seewald e.V. widerruflich, den zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag einmal jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom Schwarzwaldverein Seewald e.V. auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag im ersten Quartal fällig und eingezogen. Der Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahrs am 15. des auf den Eintritts folgenden Monats.

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 Kontoinhaber _____

Straße, _____ PLZ, Ort _____

Kreditinstitut, IBAN _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Herzlich Willkommen!

Schwarzwaldverein Seewald e. V. VR 430170
Vorsitzende Petra Schnierle und Torsten Hopperdietzel
Kniebisstrasse 27, 72297 Seewald-Besenfeld
Telefon 07447/9499002
www.schwarzwaldverein-seewald.de
Volksbank eG im Kreis Freudenstadt, IBAN: DE09642910100073264008