

# Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Verein:



(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname	Nachname
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum □□ □□ □□□□	Hörgeschädigte Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
E-Mail	Handynummer (optional)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit **50 Euro / Jahr**.

Erfolgt der Vereinseintritt nach dem 30.06. erfolgt eine Berechnung von 50 % des Beitragssatzes.

Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto- und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen, Berichte, in Printmedien, Neuen Medien und auf der Internetseite des Vereines und seinen übergeordneten Verbänden unentgeltlich verwendet werden dürfen. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahme an Dritte außer der Dachorganisation des Vereins ist unzulässig. Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragssteller
------------	-----------------------------

## Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige ich den Verein Gehörlosenverein Münster 1913 e.V., den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem nachfolgend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Vorname und Nachname des Kontoinhabers	Kreditinstitut
IBAN DE □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□	

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Gehörlosenverein Münster 1913 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Unsere Gläubiger-ID: DE86BFS00001001595 - Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
------------	--------------------------------

Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

(Nicht ausfüllen, wird vom Verein ausgefüllt)

Eintrittsdatum □□ □□ □□□□	Mandatsreferenz (Mitgliedsnr.) GV- □□□□
------------------------------	--

(Stand: 07/2024)

per Post: Gehörlosenverein Münster, Brockmannstraße 146, 48163 Münster  
per Mail: 1.vorsitzende.gv.muenster@gmail.com