



Initiative Märkischer Kreis und Schwerte

Gemeinsam leben, gemeinsam lernen e.V.

Rudi Knegt
Arnsbergerweg 10
59438 Holzwickede
Tel.: 02301 185 660
rknegt@...

Thomas Branscheidt
Goethestraße 34
58840 Plettenberg
Tel.: 02391 / 21 38
branscheidt@...

Uwe Blaske
Osterloh 107 a
58840 Plettenberg
Tel.: 02391 -148 115
ublaske@...

Vereinigte Sparkasse im Märkischen Kreis
IBAN: DE63 4585 1020 0071 2314 19
BIC : WELADED1PLB

eMail : <Name so.> ...@gemeinsam-leben-mk-sw.de
Internet: http://www.gemeinsam-leben-mk-sw.de

• BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre(n) ich/wir als Eltern(teil) als Förderer als meinen Beitritt in die **Initiative Märkischer Kreis und Schwerte, Gemeinsam leben, gemeinsam lernen e.V.**

Name : Vorname :

Straße : PLZ / Wohnort :

Telefon : / E-Mail Adresse :

Geburtsdatum :

Behinderte Person : (diese Angaben sind freiwillig, helfen uns bei unserer Arbeit)

Name : Vorname:

Geburtsdatum :

Art der Behinderung :

Der Jahresbeitrag beträgt derzeit € 12,- (in Worten : zwölf Euro)

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, E-Mail & Telefonnummern.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und E-Mail. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort : Datum : Unterschrift :

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die **Initiative Märkischer Kreis und Schwerte, Gemeinsam leben, gemeinsam lernen e.V.** widerruflich, den von mir / uns zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / wir unser Kreditinstitut an, die von der **Initiative Märkischer Kreis und Schwerte, Gemeinsam leben, gemeinsam lernen e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank : IBAN :

BIC :

Ort : Datum : Unterschrift :