

# Aufnahmeantrag

für eine

Einzelmitgliedschaft – 29 €

Familienmitgliedschaft – 36 €

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse (Pflichtangabe) \_\_\_\_\_

Telefon/-Mobilnummer \_\_\_\_\_

ggf. Partner/in Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

ggf. Kind Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

ggf. Kind Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Mit meiner Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung des Kneipp-Vereins Rosenheim und die Satzung des Kneipp-Bund e.V. in der jeweils gültigen Fassung an (siehe [www.kneipp-verein-rosenheim.de](http://www.kneipp-verein-rosenheim.de)). Der Bezug der Zeitschrift „Kneipp-Journal“ ist in der Mitgliedschaft enthalten.

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke des Kneipp-Vereins und des Kneipp-Bund e.V. mit seinen Untergliederungen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte z.B. für Werbezwecke findet nicht statt. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft durch eine Anzeige an den Kneipp-Verein Rosenheim e.V. und den Kneipp-Bund e.V. widerrufen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen des Kneipp-Vereins zum Umgang mit den Daten gemäß Art.13 DS-GVO gelesen habe.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitglied (bei minderjährigen gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ ggf. Unterschrift Partner/in \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

(Kneipp-Verein Rosenheim e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer DE14ZZZ00000136002)

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den Kneipp-Verein Rosenheim e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_