## Aufnahmeantrag

Ort

Datum

ggf. Unterschrift Partner/-in



Hiermit beantrage/n ich/wir eine Mitgliedschaft im

Kneipp-Verein Rosenheim e	e.V.		
ab zum Mitg	gliedsbetrag (Mindest	mitgliedschaft 1 Jahr) v	von:
☐ Einzelperson € 29,00 pro Jahr	☐ Familie € 36,00	pro Jahr	
Nachname	Vorname		geb. am
ggf. Partner/-in Nachname	Vorname		geb. am
Straße	PLZ	Ort	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)		(freiwillige Angabe)	
Kinder unter 18 Jahren können beitrags	frei in die Familienmitg	liedschaft aufgenommen	werden:
ggf. Kind Nachname	Vorname		geb. am
ggf. Kind Nachname	Vorname		geb. am
ggf. Kind Nachname	Vorname		geb. am
Mit meiner / unserer Mitgliedschaft die Satzung des Kneipp-Bund e.V. (organigramm/) in der jeweils gültige Mitgliedschaft enthalten.	(einzusehen unter htt	tps://www.kneippbund.c	de/wer-wir-sind/satzung-
Ich/Wir bin/sind damit einverstander schutzgesetze gespeichert und vera gemäße Zwecke des Kneipp-Vereir Weitergabe der Daten an Dritte z.B.	arbeitet werden. Die I ns und des Kneipp-Bu	Nutzung erfolgt aussch und e.V. mit seinen Unt	ließlich für satzungs-
Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir die gemäß Art.13 DS-GVO erhalten hal	Informationen des K		gang mit den Daten
☐ Ich/Wir willige/n ein, dass die fre werden dürfen. Diese Einwilligur die Zukunft durch eine Anzeige a genügt jeweils eine E-Mail).	ng kann/können ich/w	<i>r</i> ir jederzeit ganz oder t	eilweise mit Wirkung für
Ort	 Datum		gen gesetzl. Vertreter)



## **SEPA-Lastschriftmandat**

Zahlungsempfänger:			
Kneipp-Verein Rosenheim e.V.			
Erlenweg 31a			
83064 Raubling			
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000136002			
Mandatsreferenz (wird vom Kneipp-Verein eingetragen)			
für Mitgliedschaft von:  Name des Mitglieds bzw. Hauptmitglieds			
SEPA-Lastschriftmandat:			
Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Kontomittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.			
Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.			
Zahlungsart:   Wiederkehrende Zahlung			
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):			
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)			
Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):			
IBAN			
BIC (Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)			
Ort Datum (TT.MM.JJJJ)			
Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)			