



Mitgliedsantrag

Ja, ich möchte Mitglied werden im **Krebskompass Flensburg e.V.**
(Duburger Straße 81a, 24939 Flensburg) ab dem _____.

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefon (optional)

E-Mail

Ich unterstütze den Krebskompass Flensburg e.V. mit einem Monatsbeitrag von:

€ 2,50

€ 5,00

€ _____

Für juristische Personen:

€ 100,00 jährlich

€ _____ jährlich

Mit dem jährlichen Einzug des Mitgliedsbeitrages durch Lastschrift von meinem Konto bin ich einverstanden.

Datenschutz:

Recht auf Auskunft, Löschung, Sperrung

Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema personenbezogene Daten können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Ort / Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen eine erziehungsberechtigte Person)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats (Kombi-Mandat)

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Verein Krebskompass Flensburg e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift einmal jährlich von meinem/unseren Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Verein Krebskompass Flensburg e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein Krebskompass Flensburg e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Sowohl die Einzugsermächtigung als auch das SEPA-Lastschriftmandat gelten die Zahlung der Mitgliedsbeiträge.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich/uns der oben genannte Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Angaben zum*zur Zahlungspflichtigen

Verein

Vorname / Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Angaben zum*zur Kontoinhaber*in (falls diese*r vom Zahlungspflichtigen abweicht)

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Bankverbindung

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift des*der
Zahlungspflichtigen

Unterschrift des* der
Kontoinhaber*in



Beitragsordnung des Vereins Krebskompass Flensburg e.V.

1. Der Mitgliedsbeitrag beträgt
 - a. für natürliche Personen 30 € oder 60 € pro Jahr.
 - b. für juristische Personen 100 € pro Jahr.
2. Die Beiträge sind Regelbeiträge, ein höherer Betrag kann gezahlt werden. In begründeten Ausnahmefällen kann ein geringerer Betrag durch den Vorstand beschlossen werden.
3. Die Beitragsordnung tritt mit der Gründung des Vereins in Kraft.
4. Die Beitragszahlung erfolgt jährlich zum 15. Februar in der Regel durch Lastschrifteinzugsverfahren.
5. Bei Eintritt in den Verein vor oder am 30. Juni ist der volle Mitgliedsbeitrag fällig, danach der hälftige.