



# Sozialdienst Olching e.V.

Feursstraße 50 Tel. 08142-650539-0

## Beitrittserklärung

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Geb.Dat. \_\_\_\_\_

**Mitgliedsbeitrag** 25,00 €/Jahr für Einzelpersonen  42,00 €/Jahr für Familien  Betrag/Jahr \_\_\_\_\_ €

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten vom Sozialdienst Olching e. V. erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Sozialdienst Olching e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen jährlich bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Meine/Unsere Daten werden gemäß der neuen EU-DSGVO behandelt.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Kontoinhaber, wenn vom Mitgliedsnamen abweichend \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht  
identisch mit nebenstehender Unterschrift \_\_\_\_\_