



Sozialdienst Olching e.V.

Feursstraße 50 Tel. 08142-650539-0

Beitrittserklärung

Familienname _____ Vorname _____
Straße, Hausnummer _____ E-Mail _____
PLZ, Wohnort _____ Geb.Dat. _____
Telefonnummer _____
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 _____