Interessengemeinschaft Fahren für Menschen mit Behinderung e.V.

Hiermit bitte ich um Aufnahme in die Interessengemeinschaft Fahren für Menschen mit Behinderung e.V.. Die Gemeinschaft, vertreten durch den gewählten Vorstand, ist bestrebt, die Interessen der Fahrer mit Behinderung satzungsgemäß und auf Bundesebene zu wahren.

Der **Jahresbeitrag** beträgt **35,--€** für eine **Einzelperson**,
der **Familienbeitrag** beträgt **+ 6,--€** für jede weitere Person **innerhalb der Familie**.

Der Beitragsüberschuss wird für die Kosten der Verwaltungsarbeit sowie für die unter § 14 der Vereinssatzung genannten Ziele verwandt.
Die Zusendung der Vereinssatzung gilt als Bestätigung über die Aufnahme in den Verein.

Diese Anmeldung senden Sie bitte, ebenso wie eine eventuelle Austrittserklärung, die schriftlich zum Ende des Geschäftsjahres anzuzeigen ist, an die Kassiererin:

Patricia Großerichter__Am tiefen Weg 12___49439 Steinfeld___Telefon: 0176 21725130_____

---------- ----------
Name, Vorname geboren am

---------- ---------- ----------
Straße PLZ Ort

---------- ---------- ----------
Telefon Mobiltelefon E-Mail-Adresse

Erklärung zum Datenschutz: Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Des Weiteren bin ich mit der Verwendung (einschließlich Veröffentlichung) meiner personenbezogenen Daten und ggfs. von mir angefertigter Lichtbilder im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins einverstanden. Die Angabe der Mail-Adresse beinhaltet das Einverständnis zum E-Mail-Schriftverkehr

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Zahlungsempfänger: Interessengemeinschaft Fahren für Menschen mit Behinderung e.V.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen des Jahresbeitrages für die Interessengemeinschaft Fahren für Menschen mit Behinderung e.V. bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokonto

D	E																

IBAN Geldinstitut

---------- durch Lastschrift einzuziehen.
Name und Anschrift des Kontoinhabers falls abweichend

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Vordruck gültig ab Januar 2023