

# Bürgerbusverein Bad Schönborn e.V.

## Beitrittserklärung für juristische Personen



Hiermit beantragen wir die Aufnahme in den Bürgerbusverein Bad Schönborn e.V.

Juristische Person	_____	
Verein, Firma, Org:	_____	
Adresse:	_____	
PLZ:	Ort:	_____
Telefon:	Mobil:	_____
E-Mail:	_____	
<u>Kontaktperson</u>	Funktion:	_____
Name:	Vorname:	_____
Adresse	_____	
PLZ:	Ort:	_____
Telefon:	Mobil:	_____
E-Mail:	_____	

Wir erkennen die Ziele und Zwecke der Vereinssatzung an.

Wir sind damit einverstanden, dass von uns gemachte Bild- und/oder Videoaufnahmen in Print- und sozialen Medien, der Homepage und in Publikationen des Bürgerbusvereins Bad Schönborn e.V. veröffentlicht und zu diesem Zwecke auch abgespeichert werden dürfen.

Die Fotos und/oder Videos dienen ausschließlich der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins. Diese Einwilligung ist freiwillig. Wir können Sie jederzeit schriftlich ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung unserer personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir einverstanden. Unsere Daten werden nur so lange gespeichert, wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Wir haben jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über unsere Daten zu erhalten. Unsere Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

### SEPA-Lastschriftmandat

Mitgliedsbeitrag: .....	100,00 €
zusätzl. freiwilliger jährlicher Förderbeitrag: .....	_____ €
<b>Gesamtjahresbeitrag: .....</b>	<b>===== €</b>

Gläubiger-Identifikationsnummer: (wird nachgereicht) – Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Wir ermächtigen den Bürgerbusverein Bad Schönborn, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Bürgerbusverein Bad Schönborn e.V. auf unser Konto bezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

### **Kontoinhaber/in**

Name, Vorname:	_____	
Adresse:	_____	
PLZ:	Ort:	_____
BIC:		IBAN
Bankinstitut:	_____	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers