

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft beim OCR Frankfurt e.V.

Name, Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Gewünschte Mitgliedschaft:

		Beitrag pro Kalender
<input type="checkbox"/>	Erwachsene	80,- EUR
<input type="checkbox"/>	Ermäßigte Mitglieder bis zum 21. Lebensjahr	40,- EUR
<input type="checkbox"/>	bei bestehender Mitgliedschaft eines Elternteils; pro Kind	20,- EUR
<input type="checkbox"/>	Passives Mitglied	20,- EUR

Durch meine Unterschrift erkenne ich die jeweilige gültige Satzung, Ordnungen und Beiträge des OCR Frankfurt e.V. in vollem Umfang an. Die Vereinssatzung kann auf der Homepage www.ocrfra.de eingesehen und herunter geladen werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Die Vereinssatzung, die ich zur Kenntnis genommen habe, erkenne ich in vollem Umfang an.

Ort, Datum

Unterschrift

ggfs. Gesetzlicher Vertreter



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00001997858

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger OCR Frankfurt e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger OCR Frankfurt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:
(Kontoinhaber)

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte sendet die Beitrittserklärung und das SEPA-Lastschriftmandat an
kassenwart@ocrfra.de.