

Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V.

Aufnahmeantrag für Kinder und Jugendliche (7 bis 17 Jahre)

Für meine Tochter / meinen Sohn beantrage/n ich/wir die Aufnahme
in den Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V.

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer	
Staatsangehörigkeit	Geburtsort	Geschlecht
Telefon	e-Mail	

Gesetzliche Vertretung:
● Wir,
(Namen von Vater und Mutter)
sind die Eltern des Kindes
(Name, Vorname)
Uns steht das gemeinsame Sorgerecht zu.
● Ich,
, bin die Mutter / der Vater
(Name, Vorname)
des Kindes
und allein sorgeberechtigt.
(Name, Vorname)
Änderungen des Sorgerechts werde ich dem Verein umgehend anzeigen.
Telefonische Erreichbarkeit der Sorgeberechtigten:
Mitgliedsbeiträge:
Die von unserem/meinem Kind zu entrichtenden Mitgliedsgebühren werden von uns/mir als nachfolgend unterschriebene Sorgeberechtigte getragen.

Ermächtigung zur Beitragserhebung durch das SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich den Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag unseres/meines Kindes bei Fälligkeit durch das SEPA-Lastschriftmandat zu erheben.

Mit der Aufnahme in den Verein erhalten wir / erhalte ich Kenntnis von der Satzung und der Beitragsordnung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung und erkennen / erkenne diese ausdrücklich an.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung der personengebundenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sind wir/bin ich einverstanden. Wir haben/Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten über unser/mein Kind zu erhalten. Die Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Erläuterung: Die einmal begründete Mitgliedschaft eines Kindes oder Jugendlichen mit beschränkter Geschäftsfähigkeit endet nicht mit dem Eintritt in die nachfolgende volle Geschäftsfähigkeit (ab 18 Jahre). Die Mitgliedschaft setzt sich vielmehr auch mit zunehmendem Alter fort. Soll die Mitgliedschaft im Verein beendet werden, bedarf dies einer ausdrücklichen Erklärung der Sorgeberechtigten eines minderjährigen oder des inzwischen volljährigen Kindes.

Unterschrift/en der/des Sorgeberechtigten, in der Regel beider Elternteile:	
_____ und _____	
_____, den _____	_____
Ort	Datum

Ich,	_____	bitte um Aufnahme
Name, Vorname des Minderjährigen		
in den Bibliotheksförderverein Salzwedel. Ich habe Kenntnis von der Einverständniserklärung meiner Eltern bzw. meiner Mutter / meines Vaters und den damit verbundenen Regeln.		
_____	_____	_____
Datum	Unterschrift	

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger
<->
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Ritzer Dorfstr. 7a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
29410 Salzwedel

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE 87 ZZZ 00000 748881

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):
Mitgliedsnummer BFV

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V..

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

manuell

114 902 000 00 (Fassung Aug. 2010) - (V1)
Deutscher Sparkassenring
Urheberrechtlich geschützt