

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich möchte ab \_\_\_\_\_ Mitglied bei BIZ e.V. werden.

**BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

<b>Antragsteller/in</b>
Nachname:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon:
E-Mail:

Namensänderungen und Wohnortswechsel sind dem Verein mitzuteilen!

- aktiver Mitgliedsbeitrag 50 EURO (jährlich)
- einmaliger Fördermitgliedsbeitrag \_\_\_\_\_ EURO
- Fördermitgliedsbeitrag:
- Einmalig \_\_\_\_\_ EURO
  - Monatlich \_\_\_\_\_ EURO
  - Jährlich \_\_\_\_\_ EURO

Die Satzung des Stiftungsvereins ist mir bekannt; ich erkenne diese an.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie den satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir in der Vereinszeitung und auf der Homepage des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt. Veröffentlicht werden ggf. Fotos, der Name, die Vereins- und Abteilungszugehörigkeit, die Funktion im Verein. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden. Die Regelungen zum Datenschutz in der Vereinssatzung habe ich zur Kenntnis genommen. Das Einverständnis kann jederzeit beim Schriftenführer schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

**Füllen Sie bitte das SEPA Lastschriftmandat (Seite 2) auch aus!**

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige den Verein „Bildung-Initiative-Zusammenarbeit e. V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom „Bildung-Initiative-Zusammenarbeit e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

<b>Kontoinhaber/In</b>
Nachname:
Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort:
Kreditinstitut:
BIC:
IBAN: DE__   ____   ____   ____   ____   __

---

Datum, Ort und Unterschrift