

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich ** Formular bitte in Blockbuchstaben ausfüllen, bitte unbedingt ALLE ADRESSDATEN auf beiden Seiten ausfüllen!*

Name, Vorname Geburtsdatum

Bei Familienmitgliedschaft bitte alle Familienmitglieder angeben.

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

Strasse PLZ Ort

Telefon Fax E-Mail

Geworben durch:

die Mitgliedschaft in der VFD Landesverband Bayern e.V., inklusive der Mitgliedschaft im VFD Bundesverband

Ich verpflichte mich, den satzungsgemäßen Beitrag zu bezahlen (Zutreffendes bitte kennzeichnen):

- 40,00 € pro Jahr für ein erwachsenes Einzelmitglied
- 46,00 € pro Jahr für beliebig viele Familienmitglieder
- 14,00 € pro Jahr für ein jugendliches Einzelmitglied
- 66,50 € pro Jahr für Vereine bis 50 Mitglieder
- 116,50 € pro Jahr für Vereine ab 51 Mitgliedern

Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz
Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Bankverbindung. Die Anschrift wird zur Versendung der Vereinspublikationen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an die jeweiligen Versender weitergegeben.

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Datum Unterschrift

(bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)

Auf der nächsten Seite, bitte ausfüllen!

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate



Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: VFD Bayern e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address: Straße und Hausnummer / Street name and number: Landshamer Str. 11	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 81929 München	Land / Country: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE71ZZZ00000040886	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor 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.</p> <p>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.</p>	
Zahlungsart / Type of payment: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
Anschrift des Zahlungspflichtigen / 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 / Date
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	