



1. Vorsitzende  
Karin Petersen  
Rieke Reech 33  
25813 Finkhaushallig

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied im LandFrauenVerein Schobüll e.V.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

e-mail Adresse: \_\_\_\_\_

wurde geworben von:

#### **Datenschutzrechtliche Einwilligung**

Mit dem Antrag wird der elektronischen Verarbeitung der personenbezogenen Daten zugestimmt. Personenbezogene Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung der bestehenden Mitgliedschaft, wie Erstellung von Mitglieder- und Reiselisten, Kassenführung, Versand von Einladungen, notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung (Art. 6 DSGVO) erhoben.

Ich willige ein, dass die oben aufgeführten personenbezogenen Daten vom LandFrauenVerein Schobüll e.V. nur intern bzw. - wenn erforderlich - an den jeweiligen Dienstleister (z.B. Reisebusunternehmen) weitergegeben dürfen.

Der Veröffentlichung von Fotos, die während unserer Veranstaltungen zum Zwecke zukünftiger Dokumentationen erstellt werden, stimme ich zu.

#### **Erläuterungen:**

Sie sind gemäß §15 DSGVO jederzeit berechtigt, bei dem LandFrauenVerein Schobüll e.V. eine umfangreiche Auskunft zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten.

Gemäß §17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem LandFrauenVerein Schobüll e.V. die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern und gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail dem LandFrauenVerein Schobüll e.V. übermitteln.

Diese Einwilligung erteile ich freiwillig. Mir ist bekannt, dass mir keine Nachteile entstehen würden, wenn ich sie nicht erteile oder sie widerrufe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**SEPA Lastschriftmandat an den LandFrauenVerein Schobüll e.V.**

**Gläubigeridentifikationsnummer:** DE63ZZZ00000449400

**Mandatsreferenz:**

Hiermit ermächtige ich den LandFrauenVerein Schobüll e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen, z.Zt. 30,--€, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom vorgenannten LandFrauenVerein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Jährliches Fälligkeitsdatum ist der **20. Januar**. Fällt der Fälligkeitstag des zu zahlenden Betrages auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so wird der nächste Geschäftstag als Fälligkeitstag gewählt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihre Bankverbindung geändert hat. Die aus Fehlbuchung entstehenden Bankkosten müssen wir an Sie weiterleiten.

---

**Zahlungspflichtiger:**

.....  
Name des Kontoinhabers

.....  
Anschrift: (falls abweichend vom Antragsteller)

IBAN DE \_\_ \_ | \_\_ \_ \_ \_ | \_\_ \_ \_ \_ | \_\_ \_ \_ \_ | \_\_ \_ \_ \_ | \_\_ \_

Kreditinstitut (BIC): \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

.....  
Kreditinstitut (Name)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

---