

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich meine/beantragen wir unsere Mitgliedschaft im Verein für missionarisch-diakonische Gemeinde- und Jugendarbeit Oberhausen-Tackenberg e.V. (kurz VMDGJ e.V.)

Anrede/Firma

Vorname/Nachname (bei Firma Name des rechtlichen Vertreters)

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon (optional)

E-Mail (optional)

Ich zahle/Wir zahlen ab dem

jährlich/monatlich einen Mitgliedsbeitrag von

€

(nicht Zutreffendes streichen)
Ich überweise/Wir überweisen den Mitgliedsbeitrag auf das Konto des Fördervereins bei der KD-Bank Dortmund
IBAN: DE75 3506 0190 1011 3900 10 BIC: GENODED1DKD

Wenn Sie Ihren Mitgliedsbeitrag lieber bequem per Lastschrift begleichen wollen, nutzen Sie bitte den nebenstehenden Vordruck zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich gemäß §33 BDSG zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung meine personenbezogenen Daten durch den Verein im Wege der elektronischen Datenverarbeitung gespeichert und genutzt werden. Ausführliche Hinweise zum Datenschutz unter www.apo-tackenberg.de/foerderverein

Ort/Datum/Unterschrift des Antragstellers

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrags durch ein SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID-Nr.: DE02ZZZ00000999421

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir den VMDGJ e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres angegebenen Kontos durch Lastschrift wiederkehrend einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom VMDGJ e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN des zu belastenden Kontos

BIC

Name und Ort des kontoführenden Geldinstituts

Vorname/Nachname des Kontoinhabers (bei Geschäftskonten der Firmenname)

Wenn das angegebene Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort/Datum/Unterschrift des Kontoinhabers/Zahlungspflichtigen



Verein für missionarisch-diakonische
Gemeinde- und Jugendarbeit
Oberhausen-Tackenberg e.V.

c/o Evangelische Apostelkirche
Dorstener Straße 406 · 46119 Oberhausen
foerderverein@apo-tackenberg.de