



## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die (Förder-)Mitgliedschaft im Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt 75€/Jahr.** Die Mitgliedschaft verlängert sich jährlich, sofern sie nicht mit einer Kündigungsfrist von einem Monat gekündigt wird.

Ich möchte den Mitgliedsbeitrag auf folgende Weise bezahlen:

- Überweisung       Lastschrift  
(bitte nachfolgendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE34ZZZ00002252085

Ich ermächtige den Verein Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_ Bankinstitut: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Kontoinhaber/in*

- Ich habe die AGBs zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu. \*
- Die Informationen zur Datenerhebung und -verarbeitung gemäß Art. 13, 14 DSGVO habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden. \*
- Ich möchte zu Informations- und Werbezwecken durch den Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V. per Mail/Telefon benachrichtigt werden.

*\*Pflichtangabe*

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*