

# Beitrittserklärung

Hauptmitglieder / Ehepaare / Partnerschaften  
Auszubildende / Studenten

Familien  
mit Kindern  
bitte Anlage  
ausfüllen

Ich/Wir erkläre(n) hiermit ab

Datum

unter Anerkennung der Satzung

meinen/unseren Beitritt zum



**Schwäbischen Albverein e.V.**  
**Ortsgruppe Markdorf**

Vorname Ehemann/Partner(in)

Name Familie /Partner(in)

Geburtsdatum

Vorname Ehefrau/Partner(in)

abweichender Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ + Wohnort

Telefon

email

Zeitschrift erwünscht

ja

nein

Intern	
MitgliedsNr.	
MitgliedsNr.	
Beitrag	X
35,00 EUR	
Hauptmitglied	
17,00 EUR	
Familienmitgl.	
17,00 EUR	
Studenten	
Berufsausbild.	
22. bis 27. Jahr	

## Datenschutzrechtliche Belehrung

Alle in dieser Beitrittserklärung erhobenen Daten werden ausschließlich vom Schwäbischen Albverein e.V. und seiner Ortsgruppe Markdorf für Zwecke der Betreuung und Verwaltung der Mitglieder verwandt. Die email-Anschrift wird benutzt, um die Mitglieder zu Versammlungen einzuladen und andere Vereins-Informationen zu verschicken.

Wir machen auf unseren Datenschutzhinweis (siehe Rückseite bzw. separates Blatt) aufmerksam, den Sie mit dieser Beitrittserklärung erhalten. Zusätzlich finden Sie diesen auch auf [www.albverein.net/mitglied-werden](http://www.albverein.net/mitglied-werden). Ich bin mit der darin geregelten Verwendung meiner Daten einverstanden.

Datum

Unterschrift Ehemann/Partner

Unterschrift Ehefrau/Partner(in)

## Einzugsermächtigung (SEPA-Basis--Lastschriftmandat)

Achtung: sollen die Beiträge von zwei getrennten Konten eingezogen werden, bitte zwei Formulare ausfüllen

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE97 011 00000108609**

Ich ermächtige den Schwäbischen Albverein e.V. Ortsgruppe Markdorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schwäbischen Albverein Ortsgruppe Markdorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name Kreditinstitut

Vorname und Name Kontoinhaber

IBAN

Die IBAN steht auf Ihrer BankCard

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Intern

02	2030			
----	------	--	--	--

Gau Ortsgruppe

Mandatsreferenz-Nr.

Mitglieds-Nachweis

Eintrittsjahr

Eingeführt durch

Bitte per Post an unseren Kassenwart senden:  
Martina Mayr, 88682 Salem, Seeblick 24  
oder gescannt an: [Info@albverein-markdorf.de](mailto:Info@albverein-markdorf.de)

Stand  
05/2018