

Beitrittserklärung zur SoLaWi Schweinfurt

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft in der SoLaWi Schweinfurt
(Solidarische Landwirtschaft Schweinfurt und Umgebung)
Die Satzung erkenne ich an.

Vorname, Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Festn. _____

Telefon, mobil _____

E-Mail _____

- ordentliches Mitglied (Mitgliedsbeitrag: **derzeit 60 €/Jahr**)
 Fördermitglied (Mitgliedsbeitrag: **derzeit 40 €/Jahr**)

zusätzliche freiwillige Spenden/Solidarbeiträge:

Solidarbeitrag (jährliche Spende): _____ € // einmalige Start-Spende: _____ €

Für Solidarbeiträge/Spenden an den gemeinnützigen Verein SoLaWi Schweinfurt kann auf Wunsch am Jahresende eine Spendenbescheinigung ausgestellt werden.

Hinweis: der jährliche Solidarbeitrag kann mit Frist von 3 Monaten zum Jahresende gesenkt oder gestoppt werden (analog zur Frist zur Beendigung der Mitgliedschaft). Die Frist ist nötig, weil auch die Solidarbeiträge in die Finanzplanung einfließen.

Einverständniserklärung persönliche Daten:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für die Vereinszwecke elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Die Weitergabe der Daten ist auf Vereinsmitglieder beschränkt.

Hinweis: Jederzeit kann die Berichtigung, Löschung und Sperrung personenbezogener Daten verlangt werden. Die Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgeändert oder gänzlich widerrufen werden.

Einverständniserklärung Bildverwertung:

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir im Zusammenhang mit der SoLaWi Schweinfurt veröffentlicht werden.

Hinweis: Die Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, auch für einzelne Fotos.

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Bitte auch das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen!

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von SoLaWi Schweinfurt e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber/in: _____

Name Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

Wir buchen die Lastschriften mit unserer Gläubiger-ID DE50ZZZ00002138501 und mit der Ihnen zugeteilten Mandatsreferenz ab.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____