



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein **Queer Pfaffenhofen e.V.** Die Satzung und die Beitragsordnung erkenne ich hiermit an.

ggfs. Firma/Verein/Institution

Nachname *)

Vorname *)

*) bei Firma/Verein/Institution
bitte Ansprechpartner*in
angeben

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

e-Mail

Mitgliedsbeitrag:

wird kalenderjährlich
berechnet

MITGLIEDSCHAFT
volljährig | 45 Euro

MITGLIEDSCHAFT
minderjährig | 15 Euro

MITGLIEDSCHAFT Firma/Verein/Institution
105 Euro

MITGLIEDSCHAFT
individuell höherer Beitrag

Euro

Ich erkläre mich gem. § 4a Abs. 1 BDSG einverstanden, dass meine angegebenen Daten, deren Änderungen und Ergänzungen, im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Mitgliedschaft elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Darüber hinaus werden meine Daten ausschließlich zur Versendung von Newsletter und Einladungen zu Veranstaltungen verwendet. Die Daten werden nicht zu Werbezwecken weiter gegeben. Detaillierte Datenschutzangaben unter: www.queer-pfaffenhofen.de/datenschutz.

Datum und Unterschrift Antragsteller*in

Datum und Unterschrift des/der gesetzlich Vertretenden bei
Minderjährigen oder beschränkt geschäftsfähigen Personen

Ich ermächtige den Verein Queer Pfaffenhofen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Gläubiger-Identifikationsnummer DE79ZZZ00002581366.

IBAN

BIC

Bank

Nachname, Vorname Kontoinhaber*in; falls abweichend von der antragstellenden Person

Datum und Unterschrift des/der zahlungspflichtigen Antragsteller*in

Datum und Unterschrift des/der ggf. abweichenden Kontoinhaber*in

Falls Du kein SEPA-Lastschriftmandat erteilen möchtest, bezahle den Mitgliedsbeitrag bitte fristgerecht nach Rechnungseingang.

Bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag einsenden an:

Queer Pfaffenhofen e.V., Postfach 13 07, 85263 Pfaffenhofen
oder als Scan an kontakt@queer-pfaffenhofen.de