

## Antragsformular

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied

im LandFrauenVerein\_\_\_\_\_

Ich interessiere mich für die Kreisgruppe „Junge LandFrauen“.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Mit dem Beitritt eines Mitglieds nimmt der LandFrauenVerein Neustadt e.V. dessen Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten und Bankverbindung auf. Diese Daten werden ausschließlich zur Mitgliederverwaltung erhoben und verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben (Ausnahme: bei Reise-Teilnahme Weitergabe an das zuständige Busunternehmen).

Die personenbezogenen Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Die Mitglieder können jederzeit Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten.

Der Veröffentlichung von Fotos, die auf Veranstaltungen zum Zwecke zukünftiger Dokumentation und Veröffentlichung auf der Website und in Printmedien (Tageszeitung/Bauernblatt...) erstellt werden, wird zugestimmt.

**Beitrag:** Zahlen Sie ihren Beitrag von 30,00 € bitte auf das Vereinskonto:  
VR Bank zwischen den Meeren eG, Geschäftsstelle Neustadt in Holstein  
**Kreditinstitut (BIC):** GENODEF1NSH  
**IBAN (vormals Kontonummer):** DE19 2139 0008 0000 0107 07

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**LandFrauenVerein e.V.** \_\_\_\_\_

**Gläubigeridentifikationsnummer:** \_\_\_\_\_

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_

## **SEPA-Lastschriftmandat (vormals Lastschriftinzugsermächtigung)**

Hiermit ermächtige ich den LandFrauenVerein \_\_\_\_\_ widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom vorgenannten LandFrauenVerein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Jährliches Fälligkeitsdatum ist der \_\_\_\_\_. Fällt der Fälligkeitstag des zu zahlenden Betrages auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so wird der nächste Geschäftstag als Fälligkeitstag gewählt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

### **Zahlungspflichtiger:**

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

(falls abweichend vom Antragsteller)

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (BIC): \_\_\_\_\_

IBAN (vormals Kontonummer):     D E \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Kontoinhaber)