

# Sozialwerk Vorpommern e. V.



Sozialwerk Vorpommern e.V.  
Hafenstr. 41  
17489 Greifswald

Handy: 0173 6016739  
E-Mail: [mail@segeln-vorpommern.de](mailto:mail@segeln-vorpommern.de)  
Homepage: [www.segeln-vorpommern.de](http://www.segeln-vorpommern.de)  
Steuernummer: 084/141/03694

## Aufnahmeantrag

Mitgliedsnummer: .....

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Sozialwerk Vorpommern e.V.

### Meine Daten

\*Name, Vorname: .....

\* Geburtsdatum: .....

\* Straße: .....

\* PLZ/Wohnort: ..... .....

\* Telefon/ Handy: .....

\* E-Mail: .....

Die Satzung habe ich gelesen und erkenne sie durch meine Unterschrift an. Mir ist bekannt, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Das Informationsblatt zur Verarbeitung personengebundener Daten habe ich gelesen.

Ich stimme zu, meinen Mitgliedsbeitrag per Sepa-Basis-Lastschriftverfahren einziehen zu lassen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# *Sozialwerk Vorpommern e. V.*

**Sozialwerk Vorpommern e.V.  
Hafenstr. 41  
17489 Greifswald**



**Handy:** 0173 6016739  
**E-Mail:** [mail@segeln-vorpommern.de](mailto:mail@segeln-vorpommern.de)  
**Homepage:** [www.segeln-vorpommern.de](http://www.segeln-vorpommern.de)  
**Steuernummer:** 084/141/03694

# Sozialwerk Vorpommern e. V.



**Sozialwerk Vorpommern e.V.**  
**Hafenstr. 41**  
**17489 Greifswald**

**Handy:** 0173 6016739  
**E-Mail:** [mail@segeln-vorpommern.de](mailto:mail@segeln-vorpommern.de)  
**Homepage:** [www.segeln-vorpommern.de](http://www.segeln-vorpommern.de)  
**Steuernummer:** 084/141/03694

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 39ZZZ00001227772  
Mandantenreferenz: O\_\_\_\_ (wird noch vergeben)

## **SEPA-Lastschriftmandat (Basisverfahren)**

Ich / Wir ermächtige/n Sozialwerk Vorpommern e. V. Mitgliedsbeitrag von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Sozialwerk Vorpommern e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die erste Zahlung erfolgt zum Eintritt, danach wiederkehrend jeweils zum 15.03. des Jahres (jährlich).

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.

---

Vorname und Name des Kontoinhabers

---

Kreditinstitut (Name)

Lastschriften werden von folgendem Konto eingezogen.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift

Mit freundlichen Grüßen

Marika König  
Schriftführer

Bitte diese Seiten ausdrucken und an den Verein unterschrieben zurücksenden

Vorsitzender: Thomas Herold  
Telefon: 0173 6016739