

Beitrittserklärung

Ich erkläre/ wir erklären hiermit meinen/unseren Beitritt zur

Kölnischen Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit e.V.

Folgende Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich und verpflichtend:

Name _____

Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Das Merkblatt, Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten nach Artikel, 7, 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) durch die Kölnische Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit e.V. habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Ort, Datum

Unterschrift

Freiwillige Angaben:

Geburtsdatum _____

Telefonnummer (Festnetz/mobil) _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

Religion _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Daten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Kölnische Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit e.V.

Richarzstr. 2-4
50667 Köln
0221.617284
www.Koelnische-Gesellschaft.de

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE25ZZZ00000279655

Sepa-Lastschriftmandat, Mandatsreferenz:

JAHRESBEITRAG (unverändert seit 2004)

Mindestbeitrag Einzelperson 35,- €

Ermäßigt 15,- €

Paare/Familien 45,- €

Ich bin bereit, meinen Jahresbeitrag von € (bitte den zutreffenden Beitrag einsetzen)

um eine **JÄHRLICHE SPENDE** in Höhe von € zu ergänzen.

Mein jährlicher **GESAMTBEITRAG** beträgt €.

Ich ermächtige die Kölnische Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kölnischen Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname / Name Kontoinhaber/in

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

DE-

IBAN

BIC

Bank

Ort / Datum / Unterschrift