

**Mitgliedsantrag (Membership Application)**

ID: .....

Name ..... (Surname)  
 Vorname/Titel ..... (First name)  
 Geburtsdatum ..... (date of birth)  
 Straße, Hausnummer ..... (address)  
 PLZ ..... Ort ..... (ZIP, City)  
 Telefonnummer ..... (telephone number)  
 E-Mail .....

männlich (male)     weiblich (female)     anders (different)

**Mitgliedsbeitrag (Member fee)**

20€/Jahr (p.a.)     50€/Jahr (p.a.)     .....€/Jahr (min. 20€ p.a.)

**Datenschutzhinweis**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die von Ihnen in Ihrer Beitrittserklärung angegebenen Daten über Ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sog. personenbezogene Daten) auf Datenverarbeitungssystemen des Vereins gespeichert und für Verwaltungszwecke des Vereins verarbeitet und genutzt werden. Wir sichern Ihnen zu, Ihre personenbezogenen Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Außenstehende weiterzugeben. Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und Korrektur verlangen, soweit die gespeicherten Daten unrichtig sind. Sollten die gespeicherten Daten für die Abwicklung der Geschäftsprozesse des Vereins nicht notwendig sein, so können Sie auch eine Sperrung, gegebenenfalls auch eine Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit es für Vereinszwecke erforderlich ist.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein D.Collective e.V. als ordentliches Mitglied.

X \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum und Unterschrift (date, place and signature)

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE78ZZZ00001971448

**Mandatsreferenz:** Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt (= Mitgliedsnummer).

Ich ermächtige das D.Collective e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom D.Collective e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bei Nichteinlösung der Lastschrift wegen mangelnder Deckung des Kontos, einer fehlerhaft angegebenen Kontoverbindung oder unberechtigtem Widerruf der Zahlung werden die für die Rücklastschrift anfallenden Bankgebühren in Höhe von 7,67 € zusätzlich in Rechnung gestellt.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ (account holder)

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum und Unterschrift (date, place and signature)