Verein zur pädagogischen Arbeit mit Kindern aus Zuwandererfamilien (VPAK) e. V.

Freier Träger außerschulischer Bildungsarbeit

VPAK, Iburger Str. 18, 49082 Osnabrück

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich/ treten wir dem VPAK e. V. ab _____ als Einzelmitglied/ als Familienmitglied *(Unzutreffendes bitte durchstreichen)* **bei.**

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____ **Telefon:** _____

Der Jahresbeitrag beträgt 66 € für Einzelpersonen und 96 € für Familienmitgliedschaften.

☐ Ich beantrage als Student/-in bzw. Arbeitssuchende/-r eine Beitragsermäßigung (Jahresbeitrag 30 €). Nach Beendigung des Studiums bzw. bei Aufnahme einer Tätigkeit endet die Ermäßigung. Ich werde den VPAK e. V. über Änderungen informieren.

Ich bin/ Wir sind mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der hier erhobenen personenbezogenen Daten durch den VPAK e. V. zur Mitgliederverwaltung per elektronischer Datenverarbeitung einverstanden. Weiterhin bin ich/ sind wir damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck und satzungsmäßigen Veranstaltungen personenbezogene Daten von mir veröffentlicht. Dies betrifft insbesondere folgende Veröffentlichungen: vereinsinterne Adressen-, Telefon- und E-Mail-Liste, Berichte über Mitgliedschaftsjubiläen, Ehrungen oder besonderes Engagement in der vereinsinternen Vereinspost sowie dem Jahresbericht oder der Homepage des Vereins.
Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber der Geschäftsstelle der Veröffentlichung von persönlichen Daten widersprechen kann.

_____, den _____ _____

Unterschrift/-en

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: VPAK e. V., Iburger Str. 18, 49082 Osnabrück, Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000594161
Mandatsreferenz: _____ (wird schriftlich mitgeteilt und entspricht der MG-Nr.)

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Zahlungsempfänger VPAK e. V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger VPAK e. V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Eventuell anfallende Bankgebühren wegen eines solchen Widerspruchs, wegen falscher Bankverbindung oder mangelnder Deckung des Kontos werden mir/ uns vom Zahlungsempfänger VPAK e. V. mit 3,00 Euro in Rechnung gestellt.

Zahlungsart: ⊗ wiederkehrende Zahlung
halbjährlich (im Mai und November)
jährlich (im Mai)

Vor- und Nachname des Zahlungspflichtigen: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____**, Deutschland**

IBAN: __

BIC: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Osnabrück, den _____ _____

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen