

#### www.rhodesian-ridgeback-jambo-hilfe.org

# Rhodesian Ridgeback Jambo Hilfe e.V. Gemeinnütziger Tierschutzverein

Hauptstr.72 D-55234 Nack Anita.koba@web.de

Tel. 06736-909724 Fax 06736-909726

## Aufnahmeantrag und Beginn der Mitgliedschaft Rhodesian Ridgeback Jambo Hilfe e.V.

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Rhodesian Ridgeback Jambo Hilfe e.V. (RRJH e.V.).

### Persönliche Angaben:

| Name               |  |
|--------------------|--|
| Vorname            |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| PLZ, Ort           |  |
| Bundesland         |  |
| Geburtsdatum       |  |
| Beruf              |  |
| Telefon            |  |
| Email              |  |



www.rhodesian-ridgeback-jambo-hilfe.org

#### Rhodesian Ridgeback Jambo Hilfe e.V. **Gemeinnütziger Tierschutzverein**

Hauptstr.72 D-55234 Nack Anita.koba@web.de

Tel. 06736-909724 Fax 06736-909726

#### Anerkennung der Regularien des Vereins

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis von der Satzung des Vereins und erkenne diese ausdrücklich an. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 80,00 Euro.

#### **Datenschutz:**

(Ort)

| lit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen  |
|--|
| aten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des  |
| undesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die  |
| löglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Date verden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. |
|  |
|  |

(Datum Unterschrift)



www.rhodesian-ridgeback-jambo-hilfe.org

#### **Lastschrifteinzugsverfahren:**

#### Ermächtigung zur Beitragserhebung durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den Rhodesian Ridgeback Jambo Hilfe e.V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag und die sonstigen Beiträge und Gebühren laut Beitragsordnung bei Fälligkeit von folgendem Konto durch Lastschrift einzuziehen:

| IBAN   |          |  |  |
|--|----------|--|--|
| BIC  |          |  |  |
| Name, Vorname und ggf. Anschrift des<br>Kontoinhabers, wenn abweichend von<br>den obigen Angaben   |          |  |  |
| Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens<br>des kontoführenden Bankinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. |          |  |  |
| (Ort) (Datum Unters  | schrift) |  |  |