



Schulverein zur Förderung der Ausbildung im Augenoptikerhandwerk in Schleswig-Holstein e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich, _____,

(Name, Vorname; ggf. Firma) meine Aufnahme in den Verein Schulverein zur Förderung der Ausbildung im Augenoptikerhandwerk in Schleswig-Holstein.

Meine Kontaktdaten:

Firma: _____
Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail: _____

Ich beantrage die

- | | |
|--|----------------------|
| ☐ ordentliche Mitgliedschaft | Jahresbeitrag: 40 € |
| ☐ ermäßigte ordentliche Mitgliedschaft (nur für Auszubildende) | Jahresbeitrag: 10 € |
| ☐ Fördermitgliedschaft | Jahresbeitrag: 150 € |

Der Jahresbeitrag wird fällig bei Vereinseintritt; in den Folgejahren zum 01.07.

Mit meiner Unterschrift stimme ich dem Eintritt in den Schulverein zur Förderung der Ausbildung im Augenoptikerhandwerk in Schleswig-Holstein e.V. zu und erkenne die Satzung sowie meine Beitragsverpflichtung an. Gemäß §5 Abs.7 Vereinssatzung können Kündigungen nur bis zum Ende eines Kalenderjahres ausgesprochen werden, wenn sie schriftlich bis zum 30. September desselben Jahres bei der Geschäftsstelle des Vereins eingehen.

Ich habe die anhängende Datenschutzerklärung des Schulvereins zur Förderung der Ausbildung im Augenoptikerhandwerk in Schleswig-Holstein e.V. erhalten. Meine personenbezogenen Daten werden ausschließlich für Zwecke der Vereinsverwaltung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Diese Daten werden nur zur Erfüllung der satzungsgemäßen Zwecke verwendet. Ein Beitritt ohne Zustimmung ist nicht möglich.

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung zur Kenntnis genommen habe und als für mich verbindlich anerkenne.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des*der gesetzlichen Vertreter*in)

Bitte wenden!



Schulverein zur Förderung der Ausbildung im Augenoptikerhandwerk in Schleswig-Holstein e.V.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Kontaktdaten Verein:

Schulverein zur Förderung der Ausbildung im Augenoptikerhandwerk in Schleswig-Holstein e.V.
Wiekstraße 5
23570 Lübeck-Travemünde
Tel.: 04502 887406
E-Mail: schulverein@lbs-augenoptik.de

Kontaktdaten Antragende*r:

Firma: _____
Name, Vorname: _____
E-Mail: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer DE87ZZZ00002719253

SEPA-Lastschriftmandat für einmalige und wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige den Schulverein zur Förderung der Ausbildung im Augenoptikerhandwerk in Schleswig-Holstein e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schulverein zur Förderung der Ausbildung im Augenoptikerhandwerk in Schleswig-Holstein 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des*der gesetzlichen Vertreter*in)