

Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme in den Kunstkreis Schenefeld e.V.- Bitte senden Sie mir Ihre Satzung und meine Mitgliedskarte zu.

Name: Vorname:

Straße, Nr.....

Postleitzahl, Ort:

Telefon: Geburtstag:

E-Mail:

Mit dem jederzeit widerrufbaren Bankeinzug des Jahresbeitrages:

€ 30 für das Einzelmitglied oder **€ 45** für Doppelmitglieder,
jeweils ab Februar bin ich bzw. sind wir einverstanden.

IBAN.....

BIC.....

Bank/Sparkasse :.....

Alle von uns erhobenen Daten unterliegen der Datenschutzverordnung der EU. Wir verarbeiten und verwenden Ihre persönlichen Daten ausschließlich im Rahmen dieser Bestimmungen. Sie können jederzeit gegen die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten Widerspruch einlegen.

Ja, ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und möchte zu Ausstellungen eingeladen werden und Vereinsnachrichten erhalten.

Datum und Unterschrift: