

Antrag auf Mitgliedschaft im ZSL Nord e.V.

Hiermit beantrage/n ich/wir

Anrede:			
Name, Vorname bzw. Firma oder Institution:			
Geboren am:		in (optional):	
Straße, Hausnummer:			
Postleitzahl, Wohnort:			
Telefonnummer:		Mobil:	
E-Mail:			
Behinderung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

die Mitgliedschaft im Zentrum für selbstbestimmtes Leben Norddeutschland e.V., Saarbrückenstraße 54, 24114 Kiel.

Bitte legen Sie sich auf eine Art der Mitgliedschaft fest: *(Angabe erforderlich)*

- Ordentliches Mitglied (40,00 €/jährlich)
- Fördermitglied Mindestbetrag (80,00 €/jährlich) *Nichtbehinderte können nur Fördermitglied werden*

Falls Sie das ZSL Nord e.V. mit einem höheren Mitgliedsbeitrag unterstützen möchten, geben Sie bitte den gewünschten Jahresbeitrag an. Ich/Wir will/wollen _____ €/jährlich an das ZSL Nord e.V. zahlen.

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Zahlweise:

- monatlich quartalsweise halbjährlich jährlich

Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag fristgerecht auf folgendes Konto. ZSL Nord e.V., GLS Bank, IBAN: DE25 430 60 96 720 63 82 6300 BIC: GENODEM1GLS

Ich möchte, dass der Mitgliedsbeitrag per SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto eingezogen wird. **Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.**

Ort, Datum

Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte

Empfehlung

Internet

Kooperation

Soziale Netzwerke (z.B. Facebook)

Behörden

Andere Beratungsstellen

Flyer oder Visitenkarten

Presse

Ärzte

Beratung

Sonstiges: _____

Newsletter

Ja, ich möchte den Newsletter des ZSL Nord e.V. per Mail erhalten.

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO)

Die oben angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:	Zentrum für selbstbestimmtes Leben Norddeutschland e.V., Saarbrückenstraße 54, 24114 Kiel
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE13ZZZ00002658505
Mandatsreferenz:	(wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen das Zentrum für selbstbestimmtes Leben Norddeutschland e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zentrum für selbstbestimmtes Leben Norddeutschland 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber*in

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Das SEPA-Lastschriftmandat soll ab dem _____ gelten.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/-bevollmächtigter