

Seite 1

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Verein „Riverboat-Doctors-International e.V.“ unter Anerkennung der Satzung in der z. Zt. gültigen Fassung.

*Eintrittstag:	_____
*Mitgliedsnummer:	_____

\*) wird vom Verein vergeben

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon / Telefax: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in einer EDV-gestützten Datei gespeichert und zu Zwecken der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung verwendet werden.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 60 Euro jährlich und ist zu Beginn des Geschäftsjahres fällig. Bei Beginn der Mitgliedschaft im laufenden Geschäftsjahr ist der anteilige Jahresbeitrag unmittelbar nach Beginn der Mitgliedschaft zu entrichten. Mitglieder werden gebeten, am Lastschriftinzugsverfahren teilzunehmen. Dazu bitte Seite 2 des Antrages ausfüllen.

Ich bezahle einen Beitrag von \_\_\_\_\_ € jährlich.

**Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Daten gegenüber anderen Vereinsmitgliedern \*einverstanden / nicht einverstanden. \*nicht zutreffendes bitte streichen.**

Der Vereinsvorstand weist hiermit darauf hin, dass der Verein für einen Datenmissbrauch durch ein anderes Vereinsmitglied nicht haftbar gemacht werden kann. Daher nimmt das Vereinsmitglied die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsrechtsverletzung zur Kenntnis und ist sich bewusst

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort & Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Seite 2

**SEPA - Lastschriftsmandat**

**Riverboat-Doctors-International e.V.**

Name des Zahlungsempfängers

**Grenzweg 3**

Straße & Hausnummer

**27777 Ganderkesee**

Postleitzahl und Ort

**Deutschland**

Land

---

Mandatsreferenz (wird von RDI e.V. vergeben)

Ich ermächtige Riverboat-Doctors-International e.V. die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Riverboat-Doctors-International e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

---

Datum, Ort & Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)