

**AUFNAHMEANTRAG**

Ich beantrage/wir beantragen die Aufnahme in die Deutsch-Italienische Gesellschaft Kassel e.V. (DIG)
als Einzelmitglied, Jahresbeitrag 40 €
als Mitglied in Ausbildung, Jahresbeitrag 25 €
als Paar, Jahresbeitrag 70 €
Der Jahresbeitrag und auch Spenden sind steuerlich abzugsfähig.

Vorname und Name

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon

Mobil

Vorname und Name

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon

Mobil

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung erfolgt die Erhebung und Verarbeitung auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen im Wege der elektronischen Datenverarbeitung folgender personenbezogener Daten, die allein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und des Beitragseinzugs notwendig und erforderlich sind: Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Bankverbindung und Geburtsdatum. Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Jedes Mitglied hat das Recht auf Auskunft über die Daten zu seiner Person, ein Korrekturrecht fehlerhafter Daten sowie auf Löschung und Sperrung.

Durch meine Unterschrift/unsere Unterschriften erkenne ich/erkennen wir die **Satzung** als für mich/uns verbindlich an. Außerdem bestätige ich/bestätigen wir, dass ich/wir die **Datenschutzerklärung** gelesen und verstanden habe/haben.

Ort

Datum

Unterschrift/Unterschriften

BEITRAGSZAHLUNG

Der Jahresbeitrag beträgt pro Kalenderjahr für Einzelpersonen 40,00€ und für Paare 70,00€. Für Schüler, Auszubildende und Studierende beträgt der Beitrag 25,00€ im Kalenderjahr. Die Zahlung des Mitgliedsbeitrages erfolgt per SEPA-Lastschrift. Erteilen Sie bitte unten stehendes SEPA-Lastschriftmandat. Die Gläubiger-ID der DIG lautet DE88 2220 0001 0191 16, die Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen die DIG, die Zahlung des jeweils gültigen Mitgliedsbeitrages von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der DIG Kassel e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers/Unterschriften der Kontoinhaber