

KLJB Beitrittserklärung

Katholische Landjugendbewegung
Nottuln
Baumberg 97, 48301 Nottuln
kljb-nottuln@gmx.de
www.kljb-nottuln.de



Hiermit erkläre ich, dass ich Mitglied in der **Katholischen Landjugendbewegung (KLJB)** im Bistum Münster e.V., **Ortsgruppe Nottuln** werden möchte.

Das Mitgliedsjahr ist das Kalenderjahr. Meine Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn ich nicht zum 01.12. des laufenden Jahres meinen Austritt zum Folgejahr schriftlich erkläre.

Der aktuell gültige Beitrag wird **jährlich am 03. Werktag im Dezember** per Lastschrift eingezogen.

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____

(Datum, Ort) (Unterschrift des neuen Mitglieds)

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten notwendig.

(Datum, Ort) (Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Einverständniserklärung

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz. Die KLJB Nottuln verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder ausschließlich zur Erfüllung der satzungsgemäßen Zwecke und Aufgaben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzinformationen gemäß der §§ 15 und 16 KDG gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich beim Ortsvorstand der KLJB Nottuln widerrufen werden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Bild- und Videoaufnahmen von _____ (Name) zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit der KLJB Nottuln verwendet werden.

(Datum, Ort) (Unterschrift des neuen Mitglieds)

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten notwendig.

(Datum, Ort) (Unterschrift erziehungsberechtigte Person)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26ZZZ00002502780 (KLJB Nottuln)

Ich ermächtige hiermit die KLJB Nottuln die jährliche Zahlung des aktuellen KLJB-Mitgliedsbeitrages von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KLJB Nottuln von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine Bankverbindung:

IBAN: DE _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

(Datum, Ort) (Unterschrift des Kontoinhabers)