

Aufnahmeantrag

An den
Tierschutzverein Wunstorf u. U. von 1934 e.V.
Geschäftsstelle
Stiefelholz 1A
31515 Wunstorf



Ich

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Beruf

Telefon

Email

geboren am

verschenke eine Mitgliedschaft im

Tierschutzverein Wunstorf und Umgebung von 1934 e.V.

an

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Beruf

Telefon

Email

geboren am

Ich bin mit der Zusendung des Info-Briefs per Mail
einverstanden: Ja Nein bitte ankreuzen!

Ich setze meinen persönlichen Jahresbeitrag auf _____ € fest.

Der Mindestbeitrag beträgt 40,- € jährlich. (Familienangehörige und Jugendliche 20,- €)

bitte wenden

Tierschutzverein Wunstorf und Umgebung von 1934 e.V.
Stiefelholz 1A
31515 Wunstorf

Tel.: 05031-178 90 88
info@tierheim-wunstorf.de
www.tierheim-wunstorf.de

Vorstand i.S.d. § 26 BGB: Ralf Klänhammer, Vorsitzender; Jörg Heimberg, stellv. Vorsitzender
Eingetragen beim Amtsgericht Hannover, VR 110022

Die Mitgliedschaft soll

zum Ende des Jahres 2020 enden

am 31.12._____enden

bis zur schriftlichen Kündigung (spätestens bis zum 30.09. eines jeden Jahres) gelten

Bitte senden Sie den Mitgliedsausweis

direkt an mich

an die/den Beschenkte(n)

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich auch einverstanden, dass der Tierschutzverein Ihre auf diesem Formular gemachten Daten speichert und verarbeitet. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Fragen zum Datenschutz richten Sie bitte an datenschutz@tierheim-wunstorf.de. Unsere Datenschutzerklärung nach DSGVO finden Sie unter <http://www.tierheim-wunstorf.de/index.php?id=1655>

Datum, Unterschrift (en)

ggf. Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschrift-Mandat:

Gläubiger-ID: DE96TSW00000188264

Ich ermächtige den **Tierschutzverein Wunstorf e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Tierschutzverein Wunstorf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

IBAN

BIC

Datum und Ort

Unterschrift des Kontoinhabers