



Mitgliedsantrag ACR: Centrum für Sexuelle Gesundheit e.V.

Doberaner Str. 7, 18057 Rostock | Tel: 0381 - 1285023 | Fax: 0381 - 1285024 | E-Mail: info@csg-mv.de

Hiermit beantrage ich, als Ordentliches Mitglied / Fördermitglied im ACR: Centrum für Sexuelle Gesundheit e.V. Rostock aufgenommen zu werden.

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	E-Mail:
Telefon:	Mobiltelefon:

Die Post des Vereines ist an mich offen bzw. diskret zu versenden.

Jahresbeitragsschlüssel

<input type="checkbox"/> Ordentliches Mitglied	30,00 €	Ort, Datum:
<input type="checkbox"/> ermäßigt*	18,00 €	
<input checked="" type="checkbox"/> Fördermitglied	60,00 €	Unterschrift:

Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

ACR: Centrum für Sexuelle
Gesundheit e.V. Rostock
Doberaner Str. 7
18057 Rostock

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE37ZZZ00001841527
Mandatsreferenz:
MBCSGNEU

Hiermit ermächtige ich den ACR: *Centrum für Sexuelle Gesundheit e.V. Rostock* den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name Kontoinhaber*in:																			
Anschrift:																			
Kreditinstitut:										BIC:									
IBAN:																			

Der Einzug soll jährlich / halbjährlich (jeweils ½ Beitrag) ab dem erfolgen.

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

.....
Ort, Datum Unterschrift

*Azubis, Schüler*innen, Student*innen, Erwerbslose, Rentner*innen (Bitte Nachweis beifügen)
Mitgliedsantrag CSG Rostock / © ACR: Centrum für Sexuelle Gesundheit e.V. Rostock 2020

Datenschutzerklärung

Hiermit willige ich in die Verarbeitung (Erfassung, Nutzung und Speicherung) der von mir rückseitig angegebenen personenbezogenen Daten durch den ACR: Centrum für Sexuelle Gesundheit e.V. Rostock ein.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung verarbeitet werden.

Ich erkläre hiermit, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis auf Grundlage dieser Einwilligung erfolgt. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung ohne für mich nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Eine Datenschutzbelehrung ist erfolgt (bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten durch den ACR: Centrum für Sexuelle Gesundheit e.V. Rostock zu Informationszwecken genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift