

Antrag auf Mitgliedschaft in Bulgar(i)en in Hannover e.V.

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

die Mitgliedschaft im Verein Bulgar(i)en in Hannover e.V. als:

- ordentliches Mitglied** (Jahresbeitrag 30 €) oder als **Fördermitglied** (Förderbeitrag p.a. €)
- Mitglied mit ermäßigtem Beitrag** (i.d.R. nur Student/in oder Rentner/in*) (Jahresbeitrag 15 €)
- Ich spende einen anderen Beitrag: €

Ich erkenne die Satzung des Vereins an.

Änderungen meiner Anschrift oder E-Mail-Adresse teile ich der Geschäftsstelle des Vereins umgehend schriftlich mit.

Ich habe die Datenschutzerklärung von Bulgar(i)en in Hannover e.V. unter www.bulgarien-in-hannover.de zur Kenntnis genommen. Ich stimme zu, dass meine obigen Angaben als auch zur Kontaktaufnahme dauerhaft gespeichert werden. Ich bin informiert, dass ich jederzeit und unbegründet der Speicherung meiner Daten per Email an info@bulgarien-in-hannover.de widerrufen kann.

Meine persönlichen Daten dürfen für den Nutzen des Vereins und unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes gespeichert und verwendet werden. Die Weitergabe an Dritten ist nur mit meiner ausdrücklichen Genehmigung möglich. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

*bitte Nachweis vorlegen

Bankverbindung:
Bulgar(i)en in Hannover e.V.,
Hannoversche Volksbank
BIC: VOHADE2H
IBAN: DE91 2519 0001 0705 9140 01

Bulgar(i)en in Hannover e.V.,
c/o Gergana Naumann (Vors.)
Waldstr. 22
30163 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer DE22ZZZ00001801445, Mandatsreferenz Mitgliedsbeitrag BGiH

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Verein Bulgar(i)en in Hannover e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **Bulgar(i)en in Hannover e.V.**, auf mein Konto gezogenen 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.

VORNAME UND NAME: _____

STRASSE UND HAUSNUMMER: _____

POSTLEITZAHL UND ORT: _____

KREDITINSTITUT: _____

BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _

Datum und Ort

Unterschrift des / der Kontoinhaber