IMKERVEREIN FLENSBURG SEIT 1916

1. Vorsitzender: Kai von Berg, Nordertoft 28, 24980 Meyn Tel.: 04639-7829030
E-Mail: kontakt@imkerverein-flensburg.de **https://www.imkerverein-flensburg.de**

Antrag auf Aufnahme in den Imkerverein

unter Anerkennung der Satzung

Vorname	
Nachname	
Straße	
Postleitzahl Wohnort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	
Völkerzahl	
Honigprüfung abgelegt	◯ ja ◉ nein
Mitgliedschaft in einem früheren Imkerverein?	Verein: Mitglied von.....bis.....
Ist Ihnen bereits eine Ehrennadel des Deutschen Imkerbundes verliehen worden? ◉ keine ◯ Bronze ◯ Silber ◯ Gold	

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die Angaben in die Mitgliederlisten (nicht öffentlich) eingetragen und elektronisch gespeichert werden.
Ferner bin ich damit einverstanden, dass meine Daten an andere Imker des IV Flensburg zur gegenseitigen Kontaktaufnahme weitergegeben werden dürfen.
Die Datenschutzverordnung habe ich unter www.imkerverein-flensburg.de – Datenschutzverordnung – eingesehen.

.....
Ort, Datum Unterschrift

Wird vom **Verein** ausgefüllt:

..... ist am .....

als ordentliches Mitglied des **Imkervereins Flensburg** aufgenommen worden.
Für den Vorstand:

……
Ort, Datum Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00002220669

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Imkerverein Flensburg widerruflich, die von mir (uns) zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem (unserem) Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Imkerverein Flensburg, einmalige und wiederkehrende Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Imkerverein Flensburg auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

• *Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

• *Die Erteilung des Lastschriftmandats kann jederzeit widerrufen werden*

Name des Kontoinhabers / der Kontoinhaber (in Druckschrift):

_____

IBAN:

BIC:

_____

Ort, Datum Unterschrift / Unterschriften