

FREIE WÄHLER Vilsbiburg e.V.  
Mitglied im Landesverband der Freien Wähler Bayern e.v.  
Rosenstr.1  
84137 Vilsbiburg  
www.fw-vilsbiburg.de



FREIE WÄHLER Vilsbiburg e.V.  
C/o Sebastian Haider  
Rosenstraße 1  
84137 Vilsbiburg

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Ortsverband der FREIEN WÄHLER Vilsbiburg e.V.

Name:		Vorname:	
Geb.Datum:		Beruf:	
Straße:			
Plz/Wohnort:			
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:		Fax:	
BLZ:		Konto-Nr.:	

Ich bin **nicht** Mitglied einer politischen Partei.

### Einverständniserklärung zum Datenschutz an Freie Wähler Vilsbiburg e. V.

– Vereinsregister-Nr. 809; Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000092639

Wir möchten sie darüber informieren, dass die von ihnen in dieser Beitrittserklärung angegebenen Daten über ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sog. Personenbezogene Daten) gespeichert und für die Verwaltungszwecke des Vereins genutzt werden. Wir sichern ihnen die vertrauliche Behandlung ihrer personenbezogenen Daten zu und werden sie nicht an Außenstehende weitergeben. Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich ihrer Person gespeicherten Daten und Korrekturen verlangen, soweit die beim Verein gespeicherten Daten unrichtig sind. Sollten die gespeicherten Daten für die Abwicklung der Geschäftsprozesse des Vereins nicht notwendig sein, so können sie auch eine Sperrung, ggf. auch eine Löschung ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, sofern es für Vereinszwecke erforderlich ist.

### SEPA-Lastschriftmandat

- Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000092639
- Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Freien Wähler Vilsbiburg e. V. Zahlungen von meinem o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Freien Wählern Vilsbiburg 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung – jeweils am 1. Februar des Jahres.

IBAN \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (bitte ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift