



**Beitrittserklärung** (unterzeichnet bitte per Post an Geschäftsstelle: Am Falkenhorst 9, 91161 Hilpoltstein oder per Mail an info@bund-hochbegabung.de)\_Hiermit erkläre ich/wir für die nachfolgend genannten Personen den Beitritt zum Bund Hochbegabung e.V.. Die zum Eintrittsdatum gültige Vereinssatzung erkenne ich hiermit an. Es ist mir bekannt, dass eine Kündigung nur mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende möglich ist.

Name (Familie / Verein / Organisation)

Anschrift (Strasse, PLZ, Ort)

Email: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Vorname/Name (soweit abweichend):	Geburtsdatum	Beruf/Studium/Ausbildung	sonstige Informationen	Mitgliedsnr. (wird eingetragen)

**Beitragsregelung:** Eine Mehrzahlung ist freiwillig und jederzeit kündbar.

- Einzelmitgliedschaft mind. 30 €/Jahr (Personen, Vereine/Organisationen etc.)
- Familienbeitrag mind. 50 €/Jahr

Ich zahle / wir zahlen \_\_\_\_\_ Euro pro Jahr

**Beginn der Mitgliedschaft:**  sofort  zum nächsten Quartal

**Mitglied als**  Eltern(teil)  Förderer  Verein/Organisation  aus beruflichen Gründen

*Der 1. Mitgliedsbeitrag wird anteilig, abhängig vom Eintrittsdatum, berechnet. Die Zahlung aller Beiträge erfolgt grundsätzlich per Lastschrift. Bei Beiträgen bis 200 Euro wird der Zahlungsbeleg als Spendenquittung anerkannt. Zahlungen, die darüber hinausgehen, wird automatisch eine Spendenquittung erstellt. Alle Angaben werden ausschließlich für vereinsinterne Zwecke gespeichert und genutzt.*

**Einverständniserklärung:** Ich/wir erkläre/n hiermit das nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz erforderliche Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner/unserer personenbezogenen Daten. Die Daten werden ausschließlich für die Vereinsverwaltung und den Versand verwendet. Bei fehlender Zustimmung ist ein Beitritt nicht möglich.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/en (Personen ab 18 Jahren) \_\_\_\_\_

Eine Kopie der Beitrittserklärung mit Ihrer persönlichen Mitgliedsnummer wird Ihnen von der Mitgliederverwaltung via Mail zugesandt.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Bund Hochbegabung e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Bund Hochbegabung 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.

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift(en) \_\_\_\_\_