

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit bitte ich um meine Aufnahme als Mitglied in die Arbeitsgemeinschaft NDP.
Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit € 50,00.

Name, Vorname*

Beruf

Geburtsdatum*

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl, Wohnort*

Telefon

E-Mail-Adresse*

BDPh-Mitgliedsnummer* (unbedingt angeben!), BDPH-Verein
(bei Ausländern bitte den ausländischen Verein angeben)

Schwerpunkte meiner Sammelgebiete

Pflichtfelder sind mit einem * gekennzeichnet

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE95ZZZ00000222717

[Mandatsreferenz]

Mitgliedsnummer (wird durch die ArGe eingetragen)

Ich/Wir ermächtige(n) die Arbeitsgemeinschaft Norddeutscher Postbezirk e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Norddeutscher Postbezirk e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, PLZ, Ort)*

Kreditinstitut*

BIC*

IBAN*

Ort, Datum*

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)*

Pflichtfelder sind mit einem * gekennzeichnet

Bitte Seite 2 beachten!

Ich bin darüber informiert, dass sämtliche Angaben von der ArGe NDP für die Erledigung der satzungsgemäßen Aufgaben, insbesondere der Mitgliederverwaltung, gespeichert und genutzt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die nachfolgenden Daten (soweit angegeben) im Mitgliederverzeichnis und im Rundbrief veröffentlicht werden:

- Name, Vorname
- Straße und Hausnummer
- PLZ und Wohnort
- E-Mail-Adresse
- Telefonnummer
- Sammelgebiete

Ort, Datum*

Unterschrift*

Pflichtfelder sind mit einem * gekennzeichnet

Information über Datenspeicherung

Folgende Daten werden im Programm für die Mitgliederverwaltung gespeichert:

- BDPH-Mitgliedernummer
- Anrede (Titel)
- Name
- Vorname
- Straße
- Postleitzahl
- ggf. Postfach mit PLZ
- Wohnort
- Geburtstag
- Telefon (falls bekannt)
- Handy (falls bekannt)
- E-Mail
- Homepage-Adresse (falls bekannt)

- Bankverbindung (IBAN und BIC)
- Beitragszahlungen

- Eintrittsdatum
- Mitgliedsart
- Auszeichnungen/Ehrungen

Bitte senden Sie Ihren Antrag im Original an:

**Paul Haße
Sigmaringenstr. 1
40545 Düsseldorf**