Mitgliedsantrag Stand : 24.04. 2025

Salmoniden- und Gewässerschutz MV e.V.,
Zur Kösterbeck 9, 18196 Petschow

Wir freuen uns, dass Du dich dazu entschieden hast, unserem Verein beizutreten. Dazu müsstest du bitte noch das folgende Formular vollständig ausfüllen.

PERSONENDATEN

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ _____

Eintritt (Datum): _____ _____

Anmerkungen: _____

MITGLIEDSBEITRAG

Zahlungsweise per SEPA Lastschrift

Mitgliedsbeitrag je Jahr: 30,00 €/ Jahr, einmalige Aufnahmegebühr 30,00 €

Konto: Postbank AG IBAN DE78 1001 0010 0013 2591 45

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem **VEREIN** bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem **VEREIN** keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristeinhaltung gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich.

_____

Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Kontakt: **E-Mail: info@salmonidenschutz.de** **Amtsgericht Rostock VR 10064**

Tel.: 0172-3903773

Datenschutzerklärung bei Eintritt in den Verein Salmoniden- und Gewässerschutz Stand: 24.04.2025

Name:		Vorname:	
Straße:		Nr.:	
PLZ:		Ort:	

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten zu Vereinszwecken gespeichert und verarbeitet werden.

Name, Vorname, Geburtsdatum,

PLZ, ORT, Straße, Hausnummer,

E-Mailadresse, Telefonnummern,

Ein- und Austrittsdatum,

Kontoverbindung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kommunikation bezüglich meiner Mitgliedschaft im Verein ausschließlich über meine angegebene E-Mail-Adresse erfolgt.

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass mir Informationen per elektronischem Newsletter an meine genannte E-Mail-Adresse zugesendet werden.

Ich bin darüber informiert, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Der Datenweitergabe von Name, Vorname, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Geb.-Datum an den Landeanglerverband MV e.V stimme ich zu.

_____

Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Salmoniden- und Gewässerschutz MV e.V.

Zur Kösterbeck 9
18196 Petschow

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz
DE98ZZZ00002213879	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Salmoniden- und Gewässerschutz MV e.V. ,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Salmoniden- und Gewässerschutz MV 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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC[1]	IBAN DE

Ort, Datum	Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Salmoniden- und Gewässerschutz MV e.V.

Zur Kösterbeck 9
18196 Petschow

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz
DE98ZZZ00002213879	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Salmoniden- und Gewässerschutz MV e.V. ,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Salmoniden- und Gewässerschutz MV 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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC[1]	IBAN DE

Ort, Datum	Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.