



Bürgerinitiative  
Rettet unsere Notfallversorgung  
E-Mail: [info@rettet-unsere-notfallversorgung.de](mailto:info@rettet-unsere-notfallversorgung.de)  
c/o  
Eichenweg 14  
79189 Bad Krozingen

## Beitrittserklärung

zur Bürgerinitiative **Rettet unsere Notfallversorgung!**

Hiermit erkläre ich den Beitritt zur Bürgerinitiative RUN für

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....  
sowie (ggf.) folgende Familienmitglieder:

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Straße, Hausnummer.....

PLZ, Wohnort.....

Telefon.....E-Mail.....

- Über meine Mitgliedschaft **hinaus** unterstütze/n ich/wir die Ziele von RUN mit einem
- einmaligen
- jährlichen Förderbetrag

in Höhe von ..... Euro (ab 50 Euro erstellen wir gerne eine Spendenquittung).

Personenbezogene Daten von Vereinsmitgliedern werden mittels Beitrittserklärung erhoben. Der Verein darf solche Daten aufgrund des Art. 6 Abs.1 b) der DSGVO von Mitgliedern erheben, da sie für die Begründung und Durchführung des zwischen Mitglied und Verein durch den Beitritt zustande kommenden rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses erforderlich sind. Die erhobenen Daten werden genutzt und verarbeitet, wobei sie gespeichert, verändert, an Befugte übermittelt (z.B. an Bank zum Einzug des Mitgliedsbeitrags) oder gelöscht werden. Mit der Beitrittserklärung wird die Geschäftsführung ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag per Bankeinzug zu erheben. Ausschließlich zu diesem Zweck erhält die Bank die dafür erforderlichen Daten: Name, Anschrift, Kontodaten.

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift)

# SEPA – BASISLASTSCHRIFT – MANDAT

## Zahlungsempfänger

Name/Einrichtung: **Rettet Unsere Notfallversorgung**  
Straße/Hausnummer: c/o Eichenweg 14  
PLZ/Ort: 79189 Bad Krozingen

Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger,

Name/Einrichtung **Rettet unsere Notfallversorgung!**

jährlich eine Zahlung in Höhe von 10,00 € Einzelbeitrag / 15,00 € Familienbeitrag

..... € Förderbetrag  jährlich /  einmalig

von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/wir können innerhalb 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name, Vorname/Firma: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Kreditinstitut (Name) .....

BIC: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IBAN: DE\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ort, Datum .....

Unterschrift/en .....