

Beitrittsformular, Freundeskreis der Kunsthalle Münster e.V.

Ich möchte Mitglied werden

Ich möchte eine Mitgliedschaft verschenken

Bitte stellen Sie die Mitgliedschaft auf folgenden Namen aus:

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Rechnungsadresse (sofern abweichend):

Der Mitgliedsbeitrag für ein Jahr beträgt 20 EUR. Bitte beachten Sie, dass eine Mitgliedschaft für ein Kalenderjahr gilt. Die Kündigung muss schriftlich bis zum 1.10. eines Jahres eingereicht werden. Alle Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.

Ich willige ein, dass der Freundeskreis der Kunsthalle Münster e. V. die in der Beitritts-erklärung erhobenen personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankverbindung) ausschließlich zum Zwecke der Mitglieder-verwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen verarbeitet und nutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Datum / Unterschrift

Gerne können Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, andernfalls erfolgt die Bezahlung des Mitgliedsbeitrags auf Rechnung. Das Formular für das SEPA-Lastschriftmandat finden Sie auf der Rückseite.

SEPA-Lastschriftmandat
Freundeskreis der Kunsthalle Münster e.V.
Hafenweg 28, 48155 Münster

Gläubiger-Identifikationsnummer: ...
Mandatsreferenz (wird nach Beitritt mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtige/n den Freundeskreis der Kunsthalle Münster e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Freundeskreis der Kunsthalle Münster 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.

Name _____
Vorname _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____
IBAN _____
BIC _____

Falls Kontoinhaber*in nicht Mitglied.
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Name _____
Vorname _____

Ort, Datum

Unterschrift