

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Offizierheimgesellschaft Bad Reichenhall e.V.

Name:	_____
Vorname:	_____
Straße/Haus-Nr.	_____
PLZ/Wohnort:	_____
DGrad/AmtsBez:	_____
Besoldungsgruppe:	_____
Dienststelle/Einheit:	_____
E-Mail:	_____

Einwilligungserklärung zum Datenschutz:

Der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch den Vorstand der Offizierheimgesellschaft Bad Reichenhall e.V. stimme ich zu. Die Daten werden automatisiert verarbeitet und nur im Rahmen der Mitgliederverwaltung genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Die Löschung erfolgt unverzüglich nach Kündigung der Mitgliedschaft oder nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung.

Datum

Unterschrift

Die Einzugsermächtigung auf der Rückseite ist zwingend auszufüllen!

Aufnahmeentscheidung des Vorstandes:

☐ befürwortet

☐ nicht befürwortet

Begründung, wenn nicht befürwortet:

Bearbeitungsvermerke: Datum

Handzeichen

Eingabe EDV: _____

Kassier: _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Offizierheimgesellschaft Bad Reichenhall e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Lange Gasse 6

Postleitzahl und Ort:

83435 Bad Reichenhall

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 29HG00000402870

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichten- den Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:☐

Wiederkehrende Zahlung

☐

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):****BIC (8 oder 11 Stellen):****Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**