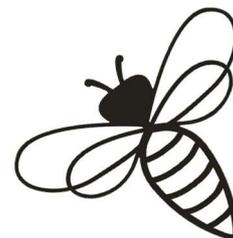


# Imkerverein Breisach e.V.

gegründet 1881



## Aufnahmeantrag

Fördermitglied  aktives Mitglied mit \_\_\_\_ Bienenvölkern

Name		Vorname	
Titel		Geburtsdatum	
PLZ		Ort	
Straße		Hausnummer	
Telefon (Festnetz)		Telefon (mobil)	
Fax		Beitrittsdatum	
Email			

- Die Satzung des Vereins ist mir bekannt; ich erkenne diese an.
- Aufgenommene Mitglieder, nicht jedoch die Förderer, werden gleichzeitig Mitglieder beim Landesverband Badischer Imker e. V.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für vereinsinterne Zwecke unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes in der EDV-Gestützten Mitgliederverwaltung des Landesverbandes Badischer Imker gespeichert und verarbeitet werden. Diese Daten werden auch für Verbandsaufgaben (Versicherung, Beitragserhebung und Ehrungen genutzt). Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.
- Informationen wie z.B. Rechnungen können auch per Email zugestellt werden.

### Beiträge (Stand 1.1.2023) :

	Förderer	Aktives Mitglied	Aktiver Jugendlicher
Beitrag OV Breisach	20 €	20 €	20 €
DIB Grundbeitrag	-----	3,60 €	-----
DIB Werbebeitrag / Volk	-----	0,25 € / Volk	0,25 € / Volk
LV Grundbeitrag	-----	25 €	-----
Rechts- Sach- Unfallvers. Grundbeitrag	-----	9,10 €	9,10 €
<b>Gesamtbeitrag</b>	<b>20€</b>	<b>57,70 + X*0,25€</b>	<b>29,10€ + X*0,25€</b>

Bezug biene & natur Papierausgabe (Vorteilspreis 48,72 anstatt 60,90)

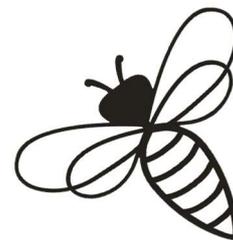
Bezug biene & natur Digitalausgabe (Vorteilspreis 31,92 anstatt 39,90)

Kündigungsfrist: 3 Monate zum Jahresende.

Datum		Unterschrift	
Datum (Erziehungsberechtigter)	Nur bei Jugendlichen	Unterschrift (Erziehungsberechtigter)	Nur bei Jugendlichen

# Imkerverein Breisach e.V.

gegründet 1881



## Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Imkerverein Breisach e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00001066032) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Imkerverein Breisach 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.

Kontoinhaber:

Vorname	
Name	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Kreditinstitut	
BIC	
IBAN	

Datum		Unterschrift	
-------	--	--------------	--