

# Antrag auf Fördermitgliedschaft

Dieses Formular bitte ausgefüllt an den Vorstand zurück

- vorzugsweise per E-Mail an [vorstand@urotherapie.de](mailto:vorstand@urotherapie.de)
- oder per Post an den Vereinssitz:  
D-A-CH e.V.  
Isabell Seiwert  
Südliche Ingolstädter Str. 58  
85716 Unterschleißheim



**Vereinssitz:**  
D-A-CH e.V.  
Isabell Seiwert  
Südliche Ingolstädter Str. 58  
85716 Unterschleißheim

**Telefon:**  
0151 266 177 36

**E-Mail:**  
[vorstand@urotherapie.de](mailto:vorstand@urotherapie.de)

**Erste Vorsitzende:**  
Isabell Seiwert (D)

**Zweite Vorsitzende:**  
Brigitte Schuster (D)

Ich beantrage die Aufnahme in die **D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.**

zum \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben

Name:*	Geburtsdatum:*
Vorname:*	Firma/Institut/Verein*
Adresse <b>privat</b> :* PLZ/Ort/Straße/Nr	Adresse <b>beruflich</b> : PLZ/Ort/Straße/Nr
Telefon <b>privat</b> :*	Telefon <b>beruflich</b> :
E-Mail <b>privat</b> :*	E-Mail <b>beruflich</b> :

\*Pflichtfelder, bitte vollständig ausfüllen.

Vom Inhalt der Satzung in der Fassung vom 25.02.2016 habe ich Kenntnis genommen.  
Der Monatsbeitrag beträgt: : 120€/ 130 CHF oder \_\_\_\_\_€ \_\_\_\_\_CHF  
oder  
der Jahresbeitrag von: \_\_\_\_\_€ oder \_\_\_\_\_CHF  
und wird mittels Einzugsermächtigung und eines SEPA – Lastschriftmandats erhoben,  
eine Rechnungsstellung ist auch möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller

\_\_\_\_\_  
Datum

(vom Verein auszufüllen)  
Fördermitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**  
Volksbank Halle

**IBAN:**  
DE21 8009 3784 0004 6815 33

**BIC:**  
GENODEF1HAL

**Steuernummer:**  
222/5733/1982

# Erteilung der Einzugsermächtigung und des SEPA-Lastschriftmandats



**Name des Zahlungsempfängers:**  
D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**

Vereinsitz:  
D-A-CH e.V. Isabell Seiwert  
Südliche Ingolstädter Str. 58  
85716 Unterschleißheim

**Gläubigeridentifikationsnummer:**

DE41ZZZ00001998304

**Mandatsreferenz:**

Jahresbeitrag D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.,  
Fördermitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e.V.  
Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto  
gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen,  
beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages  
verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Die Abbuchung erfolgt nach Bearbeitung des Aufnahmeantrags und dann  
zum 1. Februar jeden Jahres.

Kontoinhaber:*	
Kreditinstitut:*	
IBAN:*	
BIC:*	

\*Pflichtfelder, bitte vollständig ausfüllen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller

\_\_\_\_\_  
Datum

**Vereinsitz:**  
D-A-CH e.V.  
Isabell Seiwert  
Südliche Ingolstädter Str. 58  
85716 Unterschleißheim

**Telefon:**  
0151 266 177 36

**E-Mail:**  
vorstand@urotherapie.de

**Erste Vorsitzende:**  
Isabell Seiwert (D)

**Zweite Vorsitzende:**  
Brigitte Schuster (D)

**Bankverbindung:**  
Volksbank Halle

**IBAN:**  
DE21 8009 3784 0004 6815 33

**BIC:**  
GENODEF1HAL

**Steuernummer:**  
222/5733/1982



## Datenschutz und Werbezwecke

Liebes Fördermitglied,

Sie haben mit der Mitgliedschaft in unserem Verein die Option, Ihr Firmenlogo mit dem Hinweis der Fördermitgliedschaft auf unserer Webseite zu präsentieren. Nach Rücksprache stehen weitere Präsentationsmöglichkeiten zur Auswahl. Gerne können Sie auch unser Logo für Ihre Zwecke nutzen. Außerdem erklären Sie sich mit Ihrer Mitgliedschaft einverstanden, dass Ihre die Mitgliedschaft betreffenden personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert und zum Zwecke des Vereins genutzt und bearbeitet werden. Ergänzend gelten die Regelungen des BDSG in der jeweiligen Fassung. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

### Wichtige Hinweise:

Ihre Einwilligung ist selbstverständlich freiwillig und Sie können sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen. Wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen möchten, wird dies keinerlei Konsequenzen im Zusammenhang mit Ihrer Mitgliedschaft haben. Im Falle eines Widerrufs werden wir die Fotos und den Namen unverzüglich von unserer Internetseite entfernen sowie Ihre persönlichen Daten löschen.

### Einwilligungserklärung

Firmenname: \_\_\_\_\_

Antragsteller: \_\_\_\_\_

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass das Firmenlogo auf der Internetseite des Vereins veröffentlicht wird.
- Ja, ich möchte das Logo des Vereins für Werbezwecke nutzen.
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für die Vereinszwecke genutzt werden dürfen, soweit dies erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller

**Vereinssitz:**  
D-A-CH e.V.  
Isabell Seiwert  
Südliche Ingolstädter Str. 58  
85716 Unterschleißheim

**Telefon:**  
0151 266 177 36

**E-Mail:**  
vorstand@urotherapie.de

**Erste Vorsitzende:**  
Isabell Seiwert (D)

**Zweite Vorsitzende:**  
Brigitte Schuster (D)

**Bankverbindung:**  
Volksbank Halle

**IBAN:**  
DE21 8009 3784 0004 6815 33

**BIC:**  
GENODEF1HAL

**Steuernummer:**  
222/5733/1982