

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich eine Mitgliedschaft im Kneipp-Verein Schwalbach e.V.

ab 01. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ zum Mitgliedsbeitrag (Mindestmitgliedschaft 1 Jahr) von:

- Einzelbeitrag 24 € pro Jahr
- Familie 30 € pro Jahr

---

Nachname	Vorname	geb. am
----------	---------	---------

---

Partner: Nachname	Vorname	geb. am
-------------------	---------	---------

---

Straße/Hsnr.	PLZ	Ort
--------------	-----	-----

---

Tel.nr.	E-Mail-Adresse
---------	----------------

Kinder unter 18 Jahren können beitragsfrei in die Familienmitgliedschaft aufgenommen werden.

Der Bezug der Zeitschrift „Kneipp-Journal“ ist in der Mitgliedschaft enthalten.

Mit meiner Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung des Kneipp-Vereins und die Satzung des Kneipp-Bund e.V. (einzusehen unter <https://www.kneippbund.de/wer-wir-sind/satzung-organigramm/>) in der jeweils gültigen Fassung an. Oder kann auf Anfrage ausgehändigt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke des Kneipp-Vereins und des Kneipp-Bund e.V.. Eine Weitergabe der Daten an Dritte, z.B. für Werbezwecke, findet nicht statt.

Ich bestätige, dass ich die Datenschutz-Information des Kneipp-Vereins zur Kenntnis genommen habe.

Ich willige ein, dass die freiwillig angegebenen Daten zu den vorgesehenen Zwecken verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise durch eine Mitteilung an den Kneipp-Verein Schwalbach oder den Kneipp-Bund widerrufen (es genügt jeweils eine E-Mail.)

---

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

## SEPA-Lastschriftmandat:

### Zahlungsempfänger:

Kneipp-Verein Schwalbach e.V.  
Am Lerchesberg 6  
66773 Schwalbach

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

---

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)