



**BEHINDERTEN-KONTAKTGRUPPE E.V.  
MINDELHEIM - BAD WÖRISHOFEN**

**Antrag auf Mitgliedschaft**

q

Ich möchte als **Mitglied** in die Behinderten-Kontaktgruppe e.V. Mindelheim-Bad Wörishofen aufgenommen werden.

q

Ich möchte als **Fördermitglied** in die Behinderten-Kontaktgruppe e.V. Mindelheim-Bad Wörishofen aufgenommen werden.

Name	Geb.-Datum
Anschrift	
Tel.-Nr.	Fax.-Nr.
E-Mail Adresse:	

Als Mitgliedsbeitrag werde ich jährlich einen Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro bezahlen. **(Der Mindestbeitrag beträgt pro Jahr 10.00 Euro)**

Die Vereinssatzung wird nach Eingang des Mitgliedsantrags zugesendet.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(evtl. gesetzlicher Vertreter/Betreuer)

**Sepa- Lastschrift-Mandant Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich, die Behinderten-Kontaktgruppe e.V. Mindelheim-Bad Wörishofen, den im Antrag auf Mitgliedschaft benannten Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Behinderten-Kontaktgruppe e.V. Mindelheim-Bad Wörishofen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen sollte, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kreditinstitut	
IBAN: DE	
BIC	
Name	Geb.-Datum

Die Informationspflicht nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten. Die Einwilligung in die Veröffentlichung von Personenbildnissen habe ich ebenfalls erhalten und werde diese unterzeichnet der Mitgliederverwaltung zukommen lassen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(evtl. gesetzlicher Vertreter/Betreuer)

**Bitte senden Sie den Antrag an die Mitgliederverwaltung der  
Behinderten-Kontaktgruppe e.V. Mindelheim-Bad Wörishofen  
Werner Ritzel; Schulstr. 6; 87778 Stetten**