



SÄCHSISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Sächsische Krebsgesellschaft e.V.
Haus der Vereine
Schlobigplatz 23
08056 Zwickau

Fax: 0375 - 28 14 04
E-Mail: info@skg-ev.de

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Sächsischen Krebsgesellschaft e.V.

Name: _____
Vorname: _____
akademischer Grad: _____
Geburtsdatum: _____
Tätigkeit: _____
Straße / Nr. _____
PLZ Ort: _____
Telefon (privat): _____
Telefon (dienstlich): _____
E-Mail: _____

Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Zahlung des Beitrages laut den Festlegungen der Mitgliederversammlung auf das Konto der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V.

IBAN DE87 8704 0000 0255 0671 01
BIC COBADEFFXXX

Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutzhinweis

Mit dem Beitritt zur Sächsischen Krebsgesellschaft e.V. erheben, verarbeiten und speichern wir Ihre persönlichen Daten (Name, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Beruf, Bankverbindung). Die Sächsische Krebsgesellschaft verarbeitet die personenbezogenen Daten nur für die Erfüllung der Vereinszwecke und gibt sie ohne Ihre Einwilligung nicht an Dritte weiter. Bei Beendigung der Mitgliedschaft löschen wir Ihre Daten umgehend, sobald sie nicht mehr erforderlich sind bzw. die gesetzliche Aufbewahrungsfrist erfüllt wurde. Unsere ausführliche Datenschutzerklärung erhalten Sie mit der Beitrittsbestätigung der Sächsischen Krebsgesellschaft. **Wir bitten Sie, uns Adressänderungen stets anzuzeigen. Die aktuelle Satzung finden Sie unter www.skg-ev.de**



Sächsische Krebsgesellschaft e.V.
Haus der Vereine
Schlobigplatz 23
08056 Zwickau

Fax: 0375 - 28 14 04
E-Mail: info@skg-ev.de

Jahresbeitragssätze der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V. laut Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 09.11.2002:

Ärzte und akademische Berufe 25,00 Euro
alle anderen Berufe 15,00 Euro
Rentner, Studenten, Auszubildende, u.a..... 10,00 Euro

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Sie, den Jahresbeitrag von

25,00 Euro 15,00 Euro 10,00 Euro

von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-ID (des Zahlungsempfängers): DE21ZZZ00000905959
Mandatsreferenz: entspricht unserer Lastschrift-Zuordnungsnummer

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers (Kreditinstitut): _____

Kontoinhaber: _____

IBAN (International Bank Account Number): _____

BIC (Bank Identifier Code): _____

Den Mitgliedsbeitrag ziehen wir per SEPA-Lastschrift frühestens 2 Wochen nach schriftlicher Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft und anschließend jährlich zum gleichen Termin wie die Erstabbuchung von Ihrem Konto ein.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Datum _____ Unterschrift _____