



MGV Frohsinn 1888 Nieder-Kinzig e.V.

Gemischter Chor mit Herz

Geschäftsstelle: 64732 Bad König, Lärchenweg 8, Tel: 06063-57548

eMail: mgv@nieder-kinzig.de

Internet: www.mgv-nieder-kinzig.de

An den Vorstand des
MGV Frohsinn 1888 Nieder-Kinzig e.V.
Lärchenweg 8
64732 Bad König



Antrag auf Mitgliedschaft Änderung der Mitgliedschaft

Aktiv Passiv

Einzelmitgliedschaft Familienmitgliedschaft

Hiermit beantrage / ändere ich die Mitgliedschaft beim MGV Frohsinn 1888 Nieder-Kinzig e.V.

Name	
Vorname	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
eMail	

Die Mitgliedschaft im MGV Frohsinn 1888 Nieder-Kinzig e.V. beginnt mit dem Eingang des Mitgliedsbeitrages, der bis zum 31.12. des Jahres zu entrichten ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und der Vereinskommunikation erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an den Hessischen Sängerbund eV. weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zum gleichen Zweck verarbeitet und genutzt werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten und Bilder meiner Person unter Beachtung der DSGVO vom 25.5.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Rechtsnachteile widerrufen kann.

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten sowohl beim MGV Frohsinn 1888 Nieder-Kinzig e.V. als auch beim Hessischen Sängerbund eV. gelöscht.

SEPA-Lastschriftmandat:

MGV Gläubiger ID: DE63ZZZ00000198073

Ich ermächtige den MGV Frohsinn 1888 Nieder-Kinzig e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom MGV Frohsinn 1888 Nieder-Kinzig e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name der Bank	
IBAN	
Kontoinhaber	
Datum	
Unterschrift	