

# Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Verein  
**Freunde und Förderer des Walldorfer Tierparks e.V.**



Gewünschte Mitgliedschaft bitte ankreuzen:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag für Mitglieder beträgt:

- Familienmitgliedschaft 30,00 €       Fördermitglied/er \_\_\_\_\_ € /Jahr
- Einzelmitgliedschaft 20,00 €

## Angaben zur Person/Personen:

ggf. Ehepartner

Name		
Vorname		
Straße		
PLZ Ort		
geb. am		
Telefon		
Telefon mobil		
E-Mail		

## Ihr Kind/Ihre Kinder:

Vor- und Nachname	geb. am
Vor- und Nachname	geb. am
Vor- und Nachname	geb. am

Bitte geben Sie auf der **Rückseite** Ihre Bankverbindung sowie die Einverständnis für das Lastschriftverfahren zum Einzug der Mitgliedsbeiträge an.

Ich bin mit der Verarbeitung der oben genannten Daten durch den Verein Freunde und Förderer des Walldorfer Tierparks e.V. zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Ich kann diese Erklärung jederzeit durch Erklärung gegenüber dem Vorstand widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift

## **SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Tierpark Walldorf e.V., Schwetzingen Straße 99, 69190 Walldorf

E-Mail: [freunde@tierpark-walldorf.com](mailto:freunde@tierpark-walldorf.com)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00002299873

Ihre Mandatsreferenz teilen wir Ihnen nach Abgabe der Beitrittserklärung mit.

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein Freunde und Förderer des Walldorfer Tierparks e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein Freunde und Förderer des Walldorfer Tierparks e.V. von meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Vor- und Nachname	
Straße	
PLZ Ort	
Kreditinstitut	
BIC	_____/____
IBAN	DE __/____/____/____/____/____

### **Fälligkeiten**

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird jeweils zum 1. April abgebucht. Sollten diese Termine auf ein Wochenende/Feiertag fallen, so wird am 1. Werktag danach abgebucht. Bitte sorgen Sie für ausreichende Kontodeckung, da wir bei nicht eingelösten Lastschriften die angefallenen Bankgebühren Ihnen in Rechnung stellen müssen. Teilen Sie uns bitte ebenfalls umgehend mit, wenn sich Ihre Kontoverbindung ändert.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers