

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft zur Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e. V. Der Jahresbeitrag beträgt 24,-- € (Einzelmitglieder)

.....
Name, Vorname

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
E-Mail

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Verein „Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.“ den Mitgliedsbeitrag wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Jahresbeitrag wird im 1. Quartal jeden Jahres fällig.

Kontoinhaber: _____

IBAN . _____ BIC _____

bei _____
(Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

Freistellungsbescheid laut Finanzamt Hannover-Nord vom 21.06.2024 (Steuernummer 25/206/36496) wegen Förderung der Zahngesundheit von Menschen mit Behinderungen als gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt und nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG von der Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 GewStG von der Gewerbesteuer befreit. Der zugewendete Betrag wird nur zu satzungsmäßigen Zwecken verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert, wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift

Neben Postversand ist die Übermittlung per Fax: 0511 83391-42113 oder per E-Mail an:
rtoru@zkn.de möglich