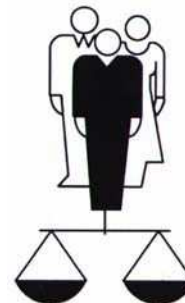


# Antrag auf Mitgliedschaft

## Bund ehrenamtlicher Richterinnen und Richter Deutsche Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen Landesverband Nord e.V.

Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern  
c/o Ulrich Brandt, Arnswalder Str. 34c, 22147 Hamburg



Ich möchte Mitglied im Verein ehrenamtlicher Richterinnen und Richter werden.  
Der Jahresmindestbeitrag beträgt 48,- Euro, für Ehepaare 80,- Euro und ist bis zum 31.3. eines jeden Jahres im Voraus zu entrichten.

Bei Beitritt im 2. Halbjahr eines Jahres wird einmalig ein Mitgliedsbeitrag für 1/2Jahr festgesetzt.

Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist der Bezug der Schöffenzeitschrift „**Richter ohne Robe**“

Ich möchte zum.....(Datum) beitreten und zahle freiwillig einen höheren Jahresbeitrag in Höhe von.....€

Familienname

Vorname

Geb.-Datum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

E-Mail

Datum und Unterschrift des Mitglieds

**Datenschutzhinweis:** Wir möchten Sie darüber informieren, dass die von Ihnen in Ihrer Beitrittserklärung angegebenen Daten über Ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (personenbezogene Daten) auf Datenverarbeitungssystemen des Vereins gespeichert und für Verwaltungszwecke des Vereins verarbeitet und genutzt werden. Wir sichern Ihnen zu, Ihre personenbezogenen Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Außenstehende weiterzugeben. Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und Korrektur verlangen, soweit die beim Verein gespeicherten Daten unrichtig sind. Sollten die gespeicherten Daten für die Abwicklung der Geschäftsprozesse des Vereins nicht notwendig sein, so können Sie auch eine Sperrung, gegebenenfalls auch eine Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE50 ZZZ0 0000 1834 66**

Mandatsreferenz \_\_\_\_\_ wird vom Verein ausgefüllt und separat mitgeteilt

### SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Schöffinnenverband-Nord e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schöffinnenverband-Nord e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname / Name und Adresse (Kontoinhaber) - falls abweichend vom obigen Mitglied

Kreditinstitut

DE \_\_\_\_\_  
IBAN

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

**Bankverbindung:** Hamburger Volksbank \* BLZ 201 900 03 \* Konto Nr. 90 60 405  
**BIC:** GENODEF1HH2 \* **IBAN:** DE58 2019 0003 0009 0604 05