Beitrittserklärung

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 erkläre meinen Beitritt zum…… 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 Schöffenverband-Nord e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schöffenband-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

_____ D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
Kreditinstitut 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