

# Narrenzunft Oberndorf a.N. e.V.



## Änderung Mitgliedsdaten

Name .....

Vorname .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

eMail-Adresse .....

Bank .....

IBAN .....

BIC .....

Name des Kontoinhabers (falls abweichend von oben)

.....

Unterschrift(en) Kontoinhaber .....

Bitte SEPA-Lastschriftsmandat ausfüllen

Weitere Änderungswünsche (bitte unten eintragen):

.....

.....

Bitte das ausgefüllte Formular an folgende Adresse senden:

Narrenzunft Oberndorf a.N. e.V. , Scheffelstraße 10 , 78727 Oberndorf a. N.

eMail: [info@nz-oberndorf.de](mailto:info@nz-oberndorf.de)

### Einwilligung in die Datennutzung gemäß DSGVO

Mit meiner Unterschrift auf der Beitrittserklärung der Narrenzunft Oberndorf a.N. e.V. gestatte ich den datenverarbeitenden Funktionären der Narrenzunft Oberndorf a.N. e.V. die mit der Beitrittserklärung erhobenen Daten zum Zwecke der internen Mitgliederverwaltung zu speichern und zu verarbeiten. Die Einverständniserklärung erlischt automatisch bei Ausscheiden aus dem Verein.

### Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berechtigung, Löschung und Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß §34 BDSG jederzeit berechtigt um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß BDSG können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

## SEPA-Lastschriftsmandat

Zahlungsempfänger: Narrenzunft Oberndorf a.N. e.V.,  
78727 Oberndorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33ZZZ00000420549

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): .....  
(wird von der Narrenzunft Oberndorf a.N. e.V. ausgefüllt, kann auch dem Mitgliedsausweis entnommen werden)

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Narrenzunft Oberndorf a.N. e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Narrenzunft Oberndorf a.N. e.V. auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (Einzugstermin: jährlich am 01. Juli)

Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber

Name .....

Vorname .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen).....

BIC (8 oder 11 Stellen).....

Ort ..... Datum.....

Unterschrift(en) Kontoinhaber .....