



Verein der Ehemaligen, Freunde und Förderer des
Internatsgymnasiums Bad Bederkesa e.V.

Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Ehemaligen, Freunde und Förderer des
Niedersächsischen Internatsgymnasiums Bad Bederkesa e.V.**

Ich zahle einen Jahresbeitrag von z.Zt. 10 €.

Ich zahle einen Jahresbeitrag in Höhe von: € (optional, bei Spenden >10€/Jahr)

Ich zahle zusätzlich eine einmalige Spende in Höhe von: € (optional)

Abi-Jahrgang: (optional)

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Anschriften-, Namens-, bzw. Kontoveränderungen bitte rechtzeitig dem Verein mitteilen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Mitglieder- und Beitragsverwaltung sowie der Mitgliederinformation verarbeitet und gespeichert werden. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt nach den Richtlinien der EU-weiten Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des gültigen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Mir ist bekannt, dass ich zur Abgabe der Einwilligungserklärung nicht verpflichtet bin und ich diese Erklärung jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Per Mail: ehemaligenverein.vorstand@nigb.de Postalisch: Verein der Ehemaligen, Freunde und Förderer des Niedersächsischen Internatsgymnasiums Bad Bederkesa e.V., Seminarstraße 8, 27624 Geestland
Der Widerruf bewirkt, dass meine auf Grund dieser Einwilligungserklärung erfassten Daten gelöscht werden.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Die Leistungen des Vereins kommen unterschiedslos allen Schüler*innen des NIGs zugute.

Danke!



Verein der Ehemaligen, Freunde und Förderer des
Internatsgymnasium Bad Bederkesa e.V.

SEPA Lastschriftmandat

Mitgliedsnummer (= Mandatsnummer): _____

Der Kontoinhaber ermächtigt den Zahlungsempfänger, Zahlungen von seinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Empfänger: Verein der Ehemaligen, Freunde und Förderer des Niedersächsischen Internatsgymnasiums Bad Bederkesa e.V.

Gläubiger-ID: DE 65NIG00000447715

Der folgende Kontoinhaber weist seine Bank an, die gezogenen Lastschriften jeweils in der dritten Maiwoche einzulösen.

Name des Kontoinhabers:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Ort/Datum:

Unterschrift:

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. Die Mandatsnummer wird separat mitgeteilt