

Antwort per E-Mail als Pdf bitte an:  
kontakt@hochstamm-deutschland.de



## Antrag auf Mitgliedschaft bei Hochstamm Deutschland e.V.

Firma / Organisation:

Vorname, Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-mail:

Hiermit stelle ich / stellen wir den Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Hochstamm Deutschland e.V. Die Satzung des Vereins und die Beitragsordnung sowie die Datenschutzerklärung sind bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung der Satzung sowie ggf. der verbindlichen Erzeugungsrichtlinien.

Ich / wir stellen Antrag auf Mitgliedschaft als:



Einzelperson € 40,00 p.a.



Körperschaft € 100,00 p.a.

Der Mitgliedsbeitrag wird per Lastschrift eingezogen, siehe Anlage.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vorstand Hochstamm Deutschland

## Datenverarbeitung nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

„Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden.“

Zur Information über vereinsrelevante Aktivitäten und für satzungsgemäße Zwecke speichern wir Ihren Namen, Anschrift, Telefonnummer, Emailadresse, Geburtsdatum, Mitgliedsdaten und Bankdaten.

Die Speicherung der Daten ist zur Erfüllung unserer Aufgaben im Rahmen der Mitgliedschaft bzw. dem bekundeten Interesse an Hochstamm Deutschland erforderlich. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb von Hochstamm Deutschland, z.B. für Werbezwecke findet nicht statt.

Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden Ihre Mitgliedsdaten gelöscht, sofern dem nicht eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist entgegensteht. Sollte die Mitgliedschaft nicht zustande kommen, löschen wir die Daten innerhalb von 6 Monaten. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie in der beigefügten Datenschutzerklärung. Ihnen stehen die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch zu. Wenn Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder datenschutzrechtliche Ansprüche verletzt worden sind, können Sie sich beim Vorstand von Hochstamm Deutschland beschweren:

Hochstamm Deutschland e.V.  
Alte Steige 44, 74575 Schrozberg  
Tel.: +49 (0) 7936 / 99 05 20  
kontakt@hochstamm-deutschland.de

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use  
Nr./No.

### Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

--

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

--

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

--

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

--

Kreditinstitut

--

BIC<sup>1</sup>

IBAN

--	--

Unterschrift

--	--

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use  
Nr./No.

### Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

--

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

--

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

--

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

--

Kreditinstitut

--

BIC<sup>1</sup>

IBAN

--	--

--	--

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.