



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich/wir die Aufnahme (Mitgliedschaft) in den  
**Heimat- und Museumsverein Lügde e.V.**  
und zugleich die Mitgliedschaft im **Lippischen Heimatbund e.V.**

<u>Mitglied:</u> Name, Vorname	
Straße/Nr.:	PLZ, Wohnort:
E-Mail*:	Geb.-Datum:
<u>Familienmitglied:</u> Vorname:	Geb.-Datum:
<u>Familienmitglied:</u> Vorname:	Geb.-Datum:
<u>Familienmitglied:</u> Vorname:	Geb.-Datum:

\* freiwillige Angabe, wenn vorhanden.

Wir weisen gem. EU-DSGVO und Bundesdatenschutzgesetz daraufhin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -Betreuung Daten in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch den Verein und den LHB e.V. zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Vereine im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir in Vereins-Medien und auf der Homepage der o.g. Vereine veröffentlicht und diese ggf. an Print- u. andere Medien übermittelt werden. Hierbei handelt es sich um Fotos, Name, ggf. Anschrift und Ortsvereinszugehörigkeit. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Veröffentlichung/Übermittlung unverzüglich für die Zukunft eingestellt.“

Ort, Datum

Unterschrift

---

---

Unterschriften von volljährigen Familien-Angeh.

---

---

**Bitte auf der Rückseite das Lastschriftsmandat für den Beitrags-Einzug ausfüllen und unterschreiben**

## SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

**Heimat- und Museumsverein Lügde e.V.**

Hintere Straße 86

32676 Lügde

Land Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE07ZZZ00000787289

Ich/Wir ermächtige/en den Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben“, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempf. von oben“ auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften 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

Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

IBAN des Zahlungspflichtigen:

DE \_\_\_\_\_

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_

**Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen** (Kontoinhaber/in):

\_\_\_\_\_

**Jahresbeitrag z. Zt.: Einzelperson 20,- Euro / Familien 23,- Euro\* / Stud.-Schüler 3,- Euro\*\***

*\*) Familien = Familienmitglieder im gemeinsamen Haushalt (Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kinder)*

*\*\*\*) Studierende und Schüler mit eigenem Wohnsitz, gegen jährl. Vorlage des Statusnachweises.*

Bearbeitungsvermerke:

Vorlage Vorstand:

Anmeldung Lipp.Heimatbund:

Erfassung Exel-/Sepadatei:

Bitte diesen Teil ausfüllen und unterschreiben