



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Council of International Fellowship Deutschland e.V. ab .....

### Persönliche Angaben (bitte deutliche Druckschrift)

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Telefon

E-Mail

Teilnahme CIF- / CIP-Austauschprogramm: ja  nein

Teilnahme-Jahr: ..... Land ..... Ort .....

Beruf .....

Gegenwärtige Tätigkeit .....

Ehrenamt .....

### Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z.Zt. **mindestens € 30,- / Jahr** und ist im März des Jahres fällig.

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt ..... €

### SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige CIF-Deutschland bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von CIF-Deutschland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

IBAN: 

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE73ZZZ00000434961

Die Mandatsreferenz zu dieser Einwilligung wird separat mitgeteilt.

### Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in der Mitgliederliste enthalten sind und ausschließlich an die Mitglieder des Vereins weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte senden an:** Annette Olbricht (Schatzmeisterin CIF-D)  
Hopfad 7/3 · 71701 Schwieberdingen