

## Antrag auf Mitgliedschaft beim SOFRA - Queer Migrants e.V.

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Organisation\* \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer\* \_\_\_\_\_ Mobilnummer \_\_\_\_\_

Geburtstag\* \_\_\_\_\_ Beruf\* \_\_\_\_\_

Sprachen\* \_\_\_\_\_

Wie hast Du von unserem Verein erfahren?\*

\* optional

Mitgliedsbeitrag:

- Ich zahle den regulären Mitgliedsbeitrag (derzeit 30 €/Jahr)  
 Ich möchte vom Mitgliedsbeitrag befreit werden

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

Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung oben genannter personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Der Verein verpflichtet sich, im Rahmen der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten die datenschutzrechtlichen Anforderungen zu gewährleisten.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG Sepa Lastschrift Mandat / Gläubigeridentifikationsnummer: DE04 4306 0967 4122 6057 00  
Ich ermächtige den SOFRA - Queer Migrants e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von SOFRA - Queer Migrants e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die dabei mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ Name, Vorname der kontoinhabenden Person \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der kontoinhabenden Person \_\_\_\_\_