



## Beitrittserklärung

Eine am Computer ausfüllbare Variante dieser Beitrittserklärung findest Du auch unter [www.amsob.de/downloads](http://www.amsob.de/downloads). Bitte drucke sie nach dem Eintragen Deiner Daten aus und unterschreibe an allen erforderlichen Stellen (Beitrittserklärung, Lastschrift-Mandat, Datenschutzerklärung). Sende uns die Erklärung dann einfach per Post zu: AMSOB e.V., Postfach 35 03 57, 04165 Leipzig

## Stammdaten

Vorname\*

Name\*

Firma/Institution

Straße und Hausnummer\*

PLZ und Ort\*

Land\*

E-Mail-Adresse\*

Telefon (mobil)

Geburtstag

## Unterschrift

Datum

Unterschrift

X

---

### \* Notwendige Angaben

AMSOB e.V.  
Postfach 35 03 57  
04165 Leipzig  
info@amsob.de  
www.amsob.de

Amtsgericht Mannheim  
Reg. Nr. VR 702673  
1. Vorsitzende: Antje Proft  
2. Vorsitzende: Grit Konrad-Groß  
Schatzmeisterin: Julia Thomas

Deutsche Skatbank  
IBAN: DE30 8306 5408 0004 1947 56  
BIC: GENODEF1SLR

## Mitgliedschaft

Wir die Mitgliedschaft für eine Person (30 Euro Jahresbeitrag) oder die Mitgliedschaft für 2 und mehr Personen (40 Euro Jahresbeitrag) z.B. für Familien oder Institutionen. Bitte auswählen:

- Ich möchte Einzelmitglied werden (Jahresbeitrag 30 €).
- Wir möchten 2+-Mitglied werden (z.B. Familien oder Institutionen, Jahresbeitrag 40 €).

Falls 2+-Mitgliedschaft bitte hier weitere Mitglieder eintragen:

- Zustimmung:**  
Ich habe die Satzung des AMSOB e.V. zur Kenntnis genommen.  
(Sie kann auf der Webseite bzw. unter diesem Link eingesehen werden: <https://amsob.de/satzung>.)

## Bezahlart

Bitte auswählen:

- Ich möchte meinen Mitgliedsbeitrag per SEPA Lastschrift-Mandat bezahlen (siehe unten).
- Ich möchte meinen Mitgliedsbeitrag per Rechnung bezahlen.

## SEPA Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige Ablatio mammae – Selbstbewusst ohne Brust e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ablatio mammae – Selbstbewusst ohne Brust e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsempfänger Ablatio mammae – Selbstbewusst ohne Brust e.V.  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00002282225.

Vorname und Name Kontoinhaber\*in

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift Kontoinhaber\*in

X

AMSOB e.V.  
Postfach 35 03 57  
04165 Leipzig  
info@amsob.de  
www.amsob.de

Amtsgericht Mannheim  
Reg. Nr. VR 702673  
1. Vorsitzende: Antje Proft  
2. Vorsitzende: Grit Konrad-Groß  
Schatzmeisterin: Julia Thomas

Deutsche Skatbank  
IBAN: DE30 8306 5408 0004 1947 56  
BIC: GENODEF1SLR

## Datenschutzerklärung

In meiner Beitrittserklärung habe ich dem AMSOB e. V. folgende Daten zur Verfügung gestellt:

- Vorname
- Nachname
- Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)
- E-Mailadresse
- Kontoverbindung

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein die genannten Daten zu folgenden Zwecken nutzt (Art. 6 Abs. 1 lit. a Datenschutz-Grundverordnung - DSGVO):

- Name, Anschrift und E-Mail-Adresse zum Zwecke der Mitgliederverwaltung
- Name, Anschrift, E-Mail-Adresse und Kontoverbindung zum Zwecke der Beitrags- und Spendenverwaltung
- Name, Anschrift und E-Mail-Adresse zur Unterrichtung über Vereinsangelegenheiten und über Veranstaltungen des AMSOB e.V.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich kann sie jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen. Die Erhebung von Daten für Zwecke der Mitglieder-, Beitrags und Spendenverwaltung rechtfertigt sich auch nach Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO

### Zustimmung Mitgliederliste (optional)

- Ja, ich bin einverstanden, dass andere Mitglieder folgende persönliche Daten von mir sehen dürfen: Vorname, Name, E-Mail-Adresse.

Datum

Unterschrift

X

---

Wird vom Verein ausgefüllt:

Vereinsverwaltung

Willkommen