SEITE 1 VON 2



**BETRIEBSSPORTGEMEINSCHAFT**

im

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft

**Beitrittserklärung zur BSG BML e. V.**

Ich habe die Satzung der BSG BML e.V. (<http://www.bsg-bml.de/satzung/>), insbesondere § 17 zum Datenschutz, gelesen.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der BSG BML e. V.

|  |  |
| --- | --- |
| (ggf. Titel), Name,  Vorname | (ggf. Titel), Name, Vorname |
| Geburtsdatum | Geburtsdatum |
| Straße und Hausnummer | Straße und Hausnummer |
| PLZ und Ort | PLZ und Ort |
| ggf. Dienststelle | ggf. Dienststelle |
| E-Mail  (optional dienstlich und privat) | E-Mail-Adresse |
| E-Mail-Adresse |
| Abteilung  (z.B. Fußball, Fit for Work) | Abteilung |
| Ort, Datum | Ort, Datum |
| Unterschrift |  |
| Bei Minderjährigen Zustimmung der gesetzlichen Vertretung |  |

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen (SEPA-Lastschriftmandat)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)**  (ggf. Titel), Name, | | |
| **Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in) Straße und Hausnummer**  Straße und Hausnummer | | |
| **Postleitzahl und Ort**  PLZ und Ort | **Land**  Deutschland | |
| **IBAN des/der Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)**  IBAN | | |
| **BIC (8 oder 11 Stellen)**  BIC | | **Kreditinstitut**  Kreditinstitut |
| **Zahlungsart**  Wiederkehrende jährliche Zahlung in Höhe von *derzeit 20 Euro\** pro Mitglied.  \* Eine Änderung des Mitgliedsbeitrages muss durch die Mitgliederversammlung beschlossen werden. | | |
| **Name des Zahlungsempfängers**  BSG BML e.V. im Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft | | |
| **Anschrift des Zahlungsempfängers** Rochusstraße 1  53123 Bonn  Deutschland | | |
| **Gläubiger-Identifikationsnummer** DE35ZZZ00000142511 | **Mandatsreferenz** (füllt Zahlungsempfänger aus) | |
| Ich ermächtige die BSG BML e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BSG BML 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. | | |
| **Ort**  Ort | **Datum** Datum | |
| **Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)** | | |