



MITGLIEDSCHAFTSFORMULAR KUKUVE

Hiermit erkläre, dass ich dem Verein Kunst- und Kulturverein Erbendorf e.V. beitreten will.

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail Adresse: _____

Telefonnummer (optional): _____

Adresse: _____

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)

- Erwachsener (30€)
- Jugendl./Azubi/Student (20€)
- Familienbeitrag (50€)*

Rechnung möchte ich so erhalten (per Mail/per Post): _____

Art der Mitgliedschaft (aktiv/passiv): _____

*Liste der in der Familienmitgliedschaft enthaltenen Personen:

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung: <https://www.kukuve.org/kontakt/datenschutzerklaerung/>

**Ja, ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung und Beantwortung meiner Vereinsmitgliedschaft benutzt. Mit abgeben des Formulars erkläre ich mich mit der Verarbeitung einverstanden. Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an info@kukuve.org widerrufen.