



Starke Freunde

FREUNDESKREIS SCHLÖSSERLAND SACHSEN E.V.

BEITRITTSERKLÄRUNG *Bitte das Original zurücksenden*

Ja, ich/wir möchte(n) Mitglied im Freundeskreis Schlösserland Sachsen e.V. und damit Teil einer starken Gemeinschaft werden. Die Satzung des Freundeskreises erkenne(n) ich/wir an und erkläre(n) hiermit meinen/unseren Beitritt

ab:	<input type="text"/>		
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Institution:	<input type="text"/>	Geburtsjahr*:	
Tel.-Nr.*:	<input type="text"/>	Anschrift:	
	<input type="text"/>	E-Mail:	

* freiwillige Angabe

(Bitte ankreuzen)

- Mitgliedschaft Freund** für natürliche Personen **60,- €/Jahr**
- Paarmitgliedschaft** für natürliche Personen **100,- €/Jahr**
- Mitgliedschaft Ermäßigt** (Empfänger von Sozialleistungen, Schüler und Studenten mit Nachweis) **35,- €/Jahr**
- Sondermitgliedschaft** für lokale Freundeskreise und Partnervereine **130,- €/Jahr**
- Premiummitgliedschaft** **130,- €/Jahr**
- Mitgliedschaft Fördernder Freund** für juristische Personen *(Bitte eintragen)* _____ **€/Jahr**
(ab 600,- €/Jahr. Der Beitragsanteil über 600,- €/Jahr wird als Spende ausgewiesen.)

Bitte informieren Sie mich über die **Geschenk-Mitgliedschaft**

X _____
Datum, Ort und Unterschrift

Ich/Wir wurde(n) geworben von*

Name: _____
Vorname: _____

Ich bin/Wir sind interessiert an einer aktiven ehrenamtlichen Mitarbeit und bitte(n) um weitere Informationen:

- zum Freundeskreis Schlösserland Sachsen e. V.
- spezifisch für ein Projekt in meiner Region

Ich/Wir möchte(n) die Arbeit des Freundeskreises Schlösserland Sachsen mit einer Spende unterstützen:

einmalig monatl. jährl. in Höhe von _____ €

Die MitgliedsCARD berechtigt ausschließlich zum freien Eintritt für Sonderveranstaltungen des Freundeskreises Schlösserland Sachsen.

SEPA Lastschriftmandat

Freundeskreis Schlösserland Sachsen e.V.
c/o Staatliche Schlösser, Burgen und Gärten Sachsen, Stauffenbergallee 2a, 01099 Dresden
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00001436219

Ihre Mandatsreferenz wird Ihnen in einem zweiten Schreiben mitgeteilt.

Ich/Wir ermächtige(n) den Freundeskreis Schlösserland Sachsen e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die vom Schlösserland Sachsen e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird zum 28. Februar eines jeden Jahres eingezogen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen kann, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	<input type="text"/>
Postleitzahl und Ort	<input type="text"/>
Kreditinstitut (Name und BIC)	<input type="text"/>
IBAN	DE <input type="text"/>

X _____
Datum, Ort und Unterschrift

Weiterverwendung Ihrer Daten

- Ich bin/Wir sind einverstanden, dass meine/unsere Daten für die Arbeit des Freundeskreises Schlösserland Sachsen e. V. automatisch gespeichert werden. Ich bin/Wir sind einverstanden, dass meine/unsere Daten für die Versendung von Informationsmaterial des Freundeskreises Schlösserland Sachsen e.V. und der SBG gGmbH an mich/uns genutzt werden. Ich habe/wir haben die Datenschutzerklärung (www.freundeskreis-schlösserland.de/clubdesk/www?p=1000013) gelesen und bin/sind damit einverstanden.

X _____
Datum, Ort und Unterschrift