

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem DAF-Vertragspartner-Verband Deutschland e.V., Franz-Lohe-Str. 21, 53129 Bonn, Tel. 0228/9127-316, Fax: 0228/9127-366, E-Mail: dvv@kfgzgewerbe.de bei und verpflichte mich, den Jahresbeitrag in Höhe von € 1.000,- in jährlicher Zahlungsweise (á 2 Raten zu je 500,00 €) zu entrichten.

Die Satzung des DAF-Vertragspartner-Verbandes Deutschland e.V. habe ich zur Kenntnis genommen:

Firmenname:

Firmeninhaber:

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

(Wichtig, da die Verbandsinformationen an diese E-Mail versandt werden).

Ort, Datum:

Unterschrift(en):

Name und Anschrift bitte deutlich schreiben, Firmenstempel oder Eintrag direkt über die Textfelder

Datenschutzerklärung

Der DAF-Vertragspartner-Verband Deutschland e.V. verarbeitet und nutzt Ihre personenbezogenen Daten zur ordnungsgemäßen Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses sowie zur Erbringung der Vereinsleistungen.

Hierzu gehört u.a. die Aufnahme Ihrer E-Mail Adresse in den verbandsinternen E-Mailverteiler, der es Ihnen ermöglicht, E-Mails des DAF-Vertragspartner-Verband Deutschland e.V. (D.V.V. HV) und/oder der Verbandsmitglieder zu empfangen.

Eine darüber hinausgehende Nutzung und/oder Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

Sie können vom DAF-Vertragspartner-Verband Deutschland e.V. jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten und jederzeit deren Berichtigung, Löschung und Sperrung verlangen, sofern ihre Kenntnis zur Erfüllung des Mitgliedschaftsverhältnisses im DAF-Vertragspartner-Verband Deutschland e.V. nicht mehr erforderlich ist. Ebenfalls können Sie eine Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen.

Die Datenschutzerklärung des D.V.V. HV wurde zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift(en):

SEPA-Lastschriftmandat

DAF-Vertragspartner-Verband Deutschland e.V.
Franz-Lohe-Str. 21
53129 Bonn

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000638599

Mandatsreferenz: **Wird gesondert mitgeteilt**

Ich ermächtige den DAF-Vertragspartner-Verband Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von vom DAF-Vertragspartner-Verband Deutschland 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.

Kontoinhaber (Firma/Vorname und Name):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut (Name):

Kreditinstitut (BIC):

IBAN:

Unterschrift/en des/der Kontoinhabers/Kontoinhaber