



**DEUTSCHE  
SONDENGÄNGER  
UNION**

Eppsteiner Str.15  
61462 Königstein  
Tel.: 06174 930303  
info@dsu-online.de  
www.dsu-online.de

**BEITRITTSERKLÄRUNG**

(Bitte in Druckbuchstaben deutlich ausfüllen!)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur DEUTSCHEN SONDENGÄNGER UNION unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung:

\_\_\_\_\_  
Beitrittsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Frau

Herr

Aktive Mitgliedschaft

Passive Mitgliedschaft

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail (mit dem Eintrag einer E-Mail erkläre ich mich einverstanden, den DSU-Newsletter zu erhalten)

**Datenschutzerklärung**

Gem. § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BDSG ist die DEUTSCHE SONDENGÄNGER UNION berechtigt, persönliche Daten zu erheben und für ihre Zwecke zu speichern. Es handelt sich insbesondere um folgende Mitgliederdaten: Name und Anschrift, Bankverbindung, Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobil, E-Mail-Adresse und Geburtsdatum.

Die DSU stellt hierbei vertraglich sicher, dass der Empfänger die Daten ausschließlich dem Übermittlungszweck gemäß verwendet. Die Mitgliederlisten werden in digitaler/gedruckter Form gespeichert. Ein Verkauf von Daten oder die sonstige Weitergabe ist nicht erlaubt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift



**DEUTSCHE  
SONDENGÄNGER  
UNION**

Eppsteiner Str.15  
61462 Königstein  
Tel.: 06174 930303  
info@dsu-online.de  
www.dsu-online.de

**SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT**

(Bitte in Druckbuchstaben deutlich ausfüllen!)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00001536186, Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die DEUTSCHE SONDENGÄNGER UNION, den von mir zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag in Höhe von 60,00 € bzw. 30,00 € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DEUTSCHEN SONDENGÄNGER UNION 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. Mit einer Verkürzung der Vorankündigungsfrist auf zwei Tage erkläre ich mich einverstanden.

Zahlweise:  jährlich  halbjährlich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Kontoinhaber), Anschrift (bei abweichendem Kontoinhaber)

IBAN: DE  
\_\_\_\_\_

BIC:  
\_\_\_\_\_

Name Kreditinstitut:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift SEPA-Lastschriftmandat