## Lastschrifteinzugsermächtigung

**Zahlungsempfänger:**
BSBD LV Thüringen
Dr. Albert-Krebs-Strasse 1
99310 Arnstadt
**Gläubiger ID:** DE57ZZZ00000141630

Name | Vorname

Straße | Haus Nr.

PLZ | Wohnort

Hiermit ermächtige ich Sie den zu entrichtenden Beitrag, bei Fälligkeit von meinem Konto:

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Bank/Kreditinstitut

mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Datum | Ort | Unterschrift

Antrag beim Landesvorstand eingegangen am:

Mitgliedsunterlagen abgesendet am:

## Beitrittserklärung:

**Name** | **Vorname**

**Geburtsdatum**

**Straße** | **Haus Nr.**

**PLZ** | **Wohnort**

**Ortsverband**

Ich beantrage ab dem _____ meine Aufnahme in den BSBD Landesverband Thüringen. Ich stimme der Speicherung der im Antrag enthaltenen personenbezogener Daten zu Verbandszwecken zu. Eine Weitergabe dieser Daten an Dritte erfolgt nicht.

Datum | Ort | Unterschrift