

Mitgliedsantrag - Pink Cloud e. V.

Antrag auf die Aufnahme in den Pink Cloud e. V.,

Georg-Schwarz-Str. 63, 04179 Leipzig,
info@pinkcloudkollektiv.org,
<https://pinkcloudkollektiv.org/>



Mit diesem Antrag kannst du Mitglied im Pink Cloud e. V. werden um damit unsere gemeinnützige Arbeit für sicherere, alkoholfreie und inklusivere Räume zu unterstützen. Bitte fülle alle relevanten Felder vollständig aus.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Straße + Hausnummer: _____

Postleitzahl + Ort: _____

Mitgliedschaft:

Ich beantrage die Aufnahme in den Pink Cloud e. V. als:

Ordentliches Mitglied (w/m/d)

Ordentliche Mitglieder sind in der Mitgliederversammlung antrags- und stimmberechtigt und beteiligen sich aktiv* an der Vereinsarbeit in folgenden Bereichen (bitte mindestens 1 auswählen)

(*Aktiv bedeutet eine regelmäßige Beteiligung, z. B. durch Mitarbeit an Veranstaltungen, Meetings oder Projekten. Der Umfang der Aktivität wird gemeinsam und realistisch abgestimmt.)

- ☐ Fotografie / Videografie / Dokumentation
- ☐ Technik / Licht & Ton
- ☐ Einlass / Garderobe
- ☐ Bar / Catering
- ☐ Organisatorische Aufgaben / Mitwirkung bei der Planung von Veranstaltungen
- ☐ Sonstiges: _____

Fördermitglied (w/m/d)

Fördernde Mitglieder haben Rederecht und eine beratende Stimme in der Mitgliederversammlung und unterstützen den Verein durch die Zahlung des Mitgliedsbeitrages.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins an. Ich verpflichte mich, die Ziele des Vereins zu unterstützen und respektvoll zum Vereinsleben beizutragen.

Ort

Datum

Unterschrift

Mitgliedsbeiträge:

Ich wähle folgende Beitragsoption

- ☐ Basisbeitrag: 2 € pro Monat
- ☐ Standardbeitrag: 5 € pro Monat
- ☐ Förderbeitrag: 10 € pro Monat
- ☐ Freiwilliger höherer Beitrag: ____ € pro Monat

Mit meiner Unterschrift willige ich zudem in die Erhebung, elektronische Verarbeitung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und zu Vereinszwecken (z. B. Einladung zu Mitgliedsversammlungen) ein.

Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Widerruf werden die Daten gelöscht, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

- ☐ Ich willige ein, den Newsletter zu erhalten.
Die Anmeldung erfolgt im Double-Opt-In-Verfahren.
Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

- ☐ Ich überweise den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto der GLS:

Verwendungszweck: Mitgliedbeitrag Pink Cloud e.V.
Kontoinhaber: Pink Cloud e. V.
IBAN: DE78430609671372058400
BIC: GENODEM1GLS

oder

- ☐ Ich ermächtige Pink Cloud e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen: *(Bitte SEPA-Lastschriftmandat für den Mitgliedsbeitrag ausfüllen)*

**Den ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag
bitte vorzugsweise elektronisch senden an:**

info@pinkcloudkollektiv.org

oder

postalisch an Pink Cloud e. V., Georg-Schwarz-Str. 63, 04179 Leipzig

Ort, Datum

Unterschrift

Ich ermächtige Pink Cloud e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen:

SEPA-Lastschriftmandat für den Mitgliedsbeitrag

Zahlungsempfänger*in: Pink Cloud e. V.
Adresse: Georg-Schwarz-Straße 63, 04179 Leipzig
Gläubiger - Identifikationsnummer: DE40ZZZ00002860070
Mandatsreferenz : _____
(wird von Pink Cloud e. V. ausgefüllt, i. d. R. die Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige Pink Cloud e. V., den gewählten Mitgliedsbeitrag gemäß der angegebenen Zahlungsperiode mittels SEPA-Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Pink Cloud e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag wird als Monatsbeitrag zu jedem 1. des Monats fällig.

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: _____

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Die Vorabankündigung (Pre-Notification) erfolgt mindestens 5 Tage vor dem ersten Einzug per E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift Kontoinhaber*in
(Nur ausfüllen, wenn SEPA-Lastschrift gewählt wurde.)