

Beitrittserklärung

Gesundheits-EMIL für die InRegion



Verein „Gesundheits-EMIL für die InRegion“

Am Brunnenfeld 13/2

3250 Wieselburg

Tel.: 0681/205 870 89

E-Mail: info@inregion.emilio.at

Mitgliedsnummer: _____

(wird vom Verein eingetragen)

Persönliche Daten			
Name:		Geburtsdatum:	
Straße, Haus Nr., Tür Nr.:		Tel. Nr.:	
PLZ/Ort:		E-Mail:	
Anmeldung als: (bitte zutreffendes ankreuzen)		Fahrtkosten:	Tarifzone 1
<input type="radio"/> Erwachsene(r)	25,00 Euro	Erwachsene	7,00 Euro
<input type="radio"/> Kinder 6 bis 15 Jahre	15,00 Euro	Kinder 6 bis 15 J.	5,00 Euro
<input type="radio"/> Kinder unter 6 Jahre	gratis		
<input type="radio"/> FahrerIn	gratis		
		Tarifzone 1 bis ca. 20km (z.B. Scheibbs, Purgstall, Ybbs, ...)	
		Tarifzone 2 bis ca. 35km (z.B. Melk, Amstetten, Mauer, ...)	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und bin ab Unterfertigung und Einzahlung des Jahresbeitrages berechtigt das Service zu nutzen. Ich nehme zur Kenntnis, dass Kinder unter 16 Jahren nur in Begleitung eines Erziehungsberechtigten befördert werden können.

Datenschutzerklärung: Im Rahmen Ihrer Vereinsmitgliedschaft verarbeiten wir Ihre persönlichen Daten, welche Sie uns bekannt gegeben haben. Diese Daten werden für die Führung der Mitgliederverzeichnisse und zur Kommunikation innerhalb des Vereines verarbeitet. Alle Daten werden vertraulich behandelt und dienen nur der Organisation von „Gesundheits- EMIL InRegion“.

HIERMIT BESTÄTIGE ICH DIE RICHTIGKEIT DER DATEN UND BIN MIT DER DATENSCHUTZERKLÄRUNG EINVERSTANDEN:
Ort, Datum:..... Unterschrift:

Die Mitgliedsnummer, die Vereinsbestätigung, sowie sämtliche Infos werden Ihnen zugeschickt.

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag jährlich und die Fahrtkosten monatlich per Kontoabbuchung von meinem Konto eingezogen werden. Bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen!

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (EINZIEHUNGSERMÄCHTIGUNG)	
Name:	Adresse:
IBAN:	Kreditinstitut:
BIC:	CID: AT 27ZZ 2000 0008 5974
Ich ermächtige den Verein „Gesundheits-EMIL für die InRegion“, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogene SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	

Ort, Datum:.....

Unterschrift:



Für Gesundheits-EMIL NutzerInnen:

Ich habe die Informationsblätter „Mitgliedsbeitrag und Fahrpreis“ sowie „So funktioniert der Gesundheits-EMIL“ gelesen und nehme diese zur Kenntnis.

Ort, Datum: Unterschrift:

Für FahrerInnen:

1. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Fahrten für den Gesundheits-EMIL eine 0,0‰ Grenze in Bezug auf Alkoholkonsum gilt.
2. Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Führerscheinverlust unverzüglich dem Vorstand zu melden ist.

Ort, Datum: Unterschrift: