

# Aufnahmeantrag



Ich beantrage für mich/den Minderjährigen (nichtzutreffendes streichen)

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Geb. Datum: ..... Telefon: .....

E-Mail: .....

*(Namensänderungen und Wohnsitzwechsel sind dem Vorstand unverzüglich mitzuteilen.)*

den Beitritt zum eingetragenen Verein **Brainflush Laboratory e. V.**

Die Satzung des Vereins ist mir bekannt; ich erkenne diese an.

Der in der Satzung festgesetzte **Mitgliedsbeitrag** von **8 €** ist fristgerecht zu entrichten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten, unter Beachtung der DS-GVO und BDSG-neu, für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert, übermittelt und geändert werden.

Die Regelungen zum Datenschutz in der Vereinssatzung/die Datenschutzrichtlinie des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift Mitglied) (Unterschrift/en des/der gesetzlichen Vertreter/s)

## **Name des Vereins mit Anschrift:**

Brainflush Laboratory e. V., c/o Ulf Michel, Peuntstraße 4, 95138 Bad Steben

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75ZZZ00002400242

Mandatsreferenz: wird nach Vergabe der Mitgliedsnummer mitgeteilt

Bankverbindung: Raiffeisenbank Hochfranken West eG  
IBAN DE82 7706 9870 0000 2199 08  
BIC GENODEF1SZF