



## Beitrittserklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Obst- und Gartenbauverein Kronberg e.V.  
Die Vereinssatzung mit Datenschutzordnung des OGV Kronberg e.V. erkenne ich an.

Eintrittsdatum ..... Geburtsdatum .....

Name ..... Vorname .....

Straße .....

PLZ ..... Wohnort .....

Telefon ..... Beruf (freiwillige Angabe) .....

E-Mail .....

.....  
Datum ..... Unterschrift des Mitglieds / gesetzlichen Vertreters

- Anlagen:
- Satzung des OGV-Kronberg vom 07. September 2022
  - Datenschutzordnung des Obst- und Gartenbauvereins Kronberg e.V.
  - Informationsmitteilung zum Datenschutz

---

### **Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Fotos und Filmaufnahmen:**

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen des OGV Kronberg angefertigte Foto- und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen, Berichte in Printmedien, vereinseigenen Veranstaltungen und auf der Internetseite des Vereins [www.ogv-kronberg.de](http://www.ogv-kronberg.de) unentgeltlich verwendet werden dürfen. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die vorgenannten Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahme an Dritte ist unzulässig. Mir ist bekannt, dass der Beitrittserklärung ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

.....  
Datum ..... Unterschrift des Mitglieds / gesetzlichen Vertreters

Obst- und Gartenbauverein Kronberg e.V. ♦ 2. Vorsitzender ♦ Peter Hickl  
Feldbergstr. 23 ♦ 65843 Sulzbach (Taunus) ♦ Tel. 06196/758183 ♦ Mail: [info@ogv-kronberg.de](mailto:info@ogv-kronberg.de)  
Internet: [www.ogv-kronberg.de](http://www.ogv-kronberg.de) ♦ Gläubiger-ID: DE68OGV00000373068  
Frankfurter Volksbank ♦ IBAN: DE09 5019 0000 0000 6539 42 ♦ BIC: FFVBDEFFXXX



**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-ID: DE68OGV00000373068

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer: .....

(wird mitgeteilt)

Hiermit ermächtige den Obst- und Gartenbauverein Kronberg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift jährlich (zum 01.05.) einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom OGV Kronberg auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
BIC

**DE** \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_  
IBAN

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Mitglieds / gesetzlichen Vertreters