



## Mitgliedschaftsantrag

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein „Refugee Law Clinic Cologne e.V.“ (RLCC) als Mitglied. Der jährlich zuzahlende Mitgliedsbeitrag beträgt 15 Euro. Die Pflicht zu dessen Zahlung auf das Vereinskonto sowie die Satzung der RLCC sind mir bekannt. Die erste Beitragszahlung erfolgt zum 1. des Folgemonats des Beitritts und wird dann jeweils zum 1. Januar des neuen Jahres fällig.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Studienfach und Semester

Sprachen

- Ich möchte in den Mitgliederverteiler (E-Mail) der RLCC aufgenommen werden.
- Ich möchte meinen Mitgliedsbeitrag gerne per Lastschriftverfahren zahlen (bitte das anliegende SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen).
- Ich möchte mich im Verein in folgendem/n Bereich/en engagieren (Mehrfachnennung möglich)
- Mandatsarbeit
  - Vereinsorganisation:
    - Finanzen
    - Interne Organisation
    - Mandatsverwaltung



- Netzwerk
- Öffentlichkeitsarbeit
- Ausbildung

**Datenschutzerklärung:**

Ich erkläre mich mit der Nutzung der von mir eingegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Verwaltung meiner Mitgliedschaft bei der RLCC und für die über den E-Mail-Verteiler der RLCC durchgeführten E-Mail- Korrespondenz einverstanden. Die Verwendung erfolgt unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen und kann jederzeit gegenüber der RLCC unter [info@lawcliniccologne.com](mailto:info@lawcliniccologne.com) widerrufen werden. Über die gespeicherten personenbezogenen Daten kann jederzeit Auskunft, Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung oder Löschung verlangt werden.

Ort, Datum

Unterschrift



## SEPA-Lastschriftmandat

Refugee Law Clinic Cologne e.V., Körnerstraße 45, 50823 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer DE85ZZZ00001574883

Mandatsreferenz: wird per E-Mail mitgeteilt

Ich ermächtige die Refugee Law Clinic Cologne e.V., Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Refugee Law Clinic Cologne e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Kreditinstitut (Name)

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift