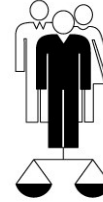


Deutsche Vereinigung
der Schöffinnen und Schöffen
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
www.schoeffen-nrw.de



AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen, Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.

Die Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge. Der Mindestbeitrag beträgt € 45,00 und ist zu Beginn eines jeden Jahres unbar im Voraus zu entrichten. Im Mitgliedsbeitrag ist der Bezug der Zeitschrift „Richter ohne Robe“ (RohR) enthalten.

Ich beantrage die Aufnahme ab dem Jahr **20**___ (*bitte Nichtzutreffendes durchstreichen*)
und zahle einen Jahresbeitrag von €00

Name
Vorname
Geburtsdatum (*Angabe freiwillig*)
Straße
Postleitzahl/Ort /
Telefon Festnetz / ggf. Telefax:
Telefon Mobil
E-Mail @

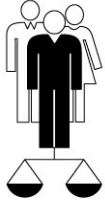
Ich bin: Jugendschöffin/-schöffe Erwachsenenschöffin/-schöffe
Ehrenamtliche(r) Richter(in)
bei folgendem Gericht: in:
Interessierter Bürger
(*Angaben freiwillig*)

Datenschutz: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die hier erteilten Daten für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert werden. Im Übrigen wird auf das Merkblatt 'Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 DS-GVO' verwiesen, das bei Aufnahme digital und/oder postalisch zur Verfügung gestellt wird. Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden.

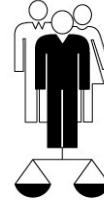
Ort/Datum, den Unterschrift

Bitte unterschrieben senden an:

Deutsche Vereinigung
der Schöffinnen und Schöffen
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
c/o Andreas Gebauer
Zülpicher Straße 58A
50674 Köln



Deutsche Vereinigung
der Schöffinnen und Schöffen
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
www.schoeffen-nrw.de



Deutsche Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen (DVS) – Landesverband NRW e.V.
Drieschweg 19, 52062 Aachen
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE45ZZZ00000210522**

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen – LV NRW e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen – LV NRW 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

