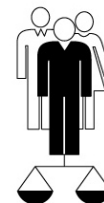


Deutsche Vereinigung
der Schöffinnen und Schöffen
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
www.schoeffen-nrw.de



ÄNDERUNGSFORMULAR

Ich bin Mitglied in der Deutschen Vereinigung der Schöffinnen und Schöffen, Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.

Meine Mitgliedsnummer lautet (falls bekannt):

Folgende Daten haben sich bei mir geändert / Ich ergänze hiermit folgende Daten:

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

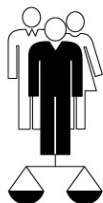
Ich bin: Jugendschöffin/-schöffe Erwachsenenschöffin/-schöffe
Ehrenamtliche(r) Richter(in)
bei folgendem Gericht: in:
Interessierter Bürger

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 Michael Haßdenteufel
Haifastr. 6
40227 Düsseldorf



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.
Haifastr. 6, 40227 Düsseldorf
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

