

Nebenklage e.V.

Vereinigung von RechtsanwältInnen zur Wahrung von Opferinteressen im Strafverfahren

Geschäftsstelle: c/o Rechtsanwältin Theda Giencke Greifenhagener Str.17 10437 Berlin
Telefon: 030/440 550 81 Fax: 030/440 550 85 Email: kontakt@nebenklage-verein.de

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Nebenklage e.V.:

Name, Vorname:

.....

Anschrift (Kanzlei):

.....

Geburtsdatum:

.....

Telefon (Kanzlei):

.....

Staatsangehörigkeit:

.....

Fax (Kanzlei):

.....

Anschrift (privat):

.....

Bundesland:

.....

Telefon (privat):

.....

Email:

.....

Mobiltelefon:

.....

Homepage:

.....

Ich erkenne die Satzung des Vereins sowie die Vereinsordnungen in ihrer jeweils gültigen Fassung an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und weiterverarbeitet werden. Die erhobenen Daten werden ausschließlich für Zwecke des Nebenklage e.V. unter Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und anderen gesetzlichen Datenschutzvorgaben gespeichert, verarbeitet und verwendet.

Ich bin ferner damit einverstanden,

() dass meine Kanzleidaten in einer internen Mitgliederliste anderen Mitgliedern zugänglich gemacht werden können.

() dass meine Kanzleidaten auf der Homepage des Vereins bekannt gemacht werden können.

() dass, soweit vorhanden, der Verein auf seiner Homepage Links zu meiner Website setzen kann.

() alle Einladungen und Vereinsunterlagen per E-Mail statt per Post zu erhalten.

> Zutreffendes bitte ankreuzen

Ort, Datum und Unterschrift der Antragsteller*in:

.....

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat):

Ich ermächtige den Nebenklage e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Nebenklage e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird einmal jährlich mittels SEPA-Lastschrift von meinem Konto eingezogen, das Mandat gilt für eine wiederkehrende Zahlung. Die Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt, die Gläubigeridentifikationsnummer lautet DE79ZZZ00002492708

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in (Name, Vorname):

.....

IBAN:

.....

Ort, Datum und Unterschrift der Kontoinhaber*in

.....