

Mitgliedsantrag

Selbsthilfe Körperbehinderter Main-Kinzig e.V., Am Rathaus 65 b, 63526 Erlensee
Tel. : 0 61 83 / 91 52 – 21, Fax : 0 61 83 / 91 52 - 27
verein@selbsthilfe-erlensee.de – <https://www.selbsthilfe-erlensee.de>



Bitte geben Sie nachfolgend Ihre Stammdaten für die Vereinsmitgliedschaft an:

Name: Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Stadt: Geburtstag:

Mein Jahresbeitrag beträgt (Mindestbeitrag 16,00 €):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich hiermit meinen Antrag auf Mitgliedschaft in der Selbsthilfe Körperbehinderter Main-Kinzig e.V. und erkläre mich einverstanden mit den Zielen und Grundsätzen des Vereins. Ich habe die Satzung des Vereins (Abrufbar unter: https://www.selbsthilfe-erlensee.de/media/site/066c475a32-1715214097/2023_satzungshk.pdf) sowie per Aushang oder Ausgabe am Empfang des Vereins) zur Kenntnis genommen und erkenne sie als für mich verbindlich an.

Insbesondere bestätige ich, dass ich die in der Satzung festgelegten Rechte und Pflichten als Mitglied akzeptiere und die Beitragsordnung sowie etwaige Vereinsrichtlinien einhalten werde.

Ich bin mir darüber bewusst, dass die Mitgliedschaft mit der Zahlung des festgelegten Mitgliedsbeitrags verbunden ist und stimme zu, alle relevanten Vereinsinformationen, einschließlich Einladungen zu Mitgliederversammlungen und anderen wichtigen Mitteilungen, per Post oder per E-Mail (sofern eine Einwilligung erteilt wurde – siehe untenstehend*) zu erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragssteller: _____

Unterschrift Bevollmächtigter
oder gesetzliche Betreuung (sofern zutreffend): _____

Name:

SEITE 1

Mitgliedsantrag

Selbsthilfe Körperbehinderter Main-Kinzig e.V., Am Rathaus 65 b, 63526 Erlensee
Tel. : 0 61 83 / 91 52 – 21, Fax : 0 61 83 / 91 52 - 27
verein@selbsthilfe-erlensee.de, <https://www.selbsthilfe-erlensee.de>



Freiwillige Angaben zur Vereinsmitgliedschaft:

Telefon:

Fax:

E-Mail*:

Art und Grad der Behinderung:

Haben Sie besondere Interessen und Fähigkeiten, die Sie in die Vereinsarbeit einbringen möchten:

Mit dem Ausfüllen der freiwilligen Angaben willige ich ein, dass diese personenbezogenen Daten (inkl. den Angaben zu Art und Grad der Behinderung sowie weitere von Ihnen angegebene sensible Daten – besondere Kategorie personenbezogener Daten nach Art. 9 DS-GVO) von der Selbsthilfe Körperbehinderter Main-Kinzig e.V., Am Rathaus 65b, 63526 Erlensee, zum Zwecke der Begründung und Durchführung meiner Vereinsmitgliedschaft verarbeitet werden dürfen.

Eine Veröffentlichung dieser Angaben oder eine Übermittlung an Dritte findet nicht bzw. nur mit einer gesonderten Einwilligung statt. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch Mitteilung an den Verein widerrufen werden kann (bevorzugt an: verein@selbsthilfe-erlensee.de). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragssteller: _____

Unterschrift Bevollmächtigter

oder gesetzliche Betreuung (sofern zutreffend): _____

Name:

Datenschutz: Die ausführlichen Informationspflichten gemäß Art. 13 und 14 DS-GVO zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihre Betroffenenrechte finden Sie unter <https://www.selbsthilfe-erlensee.de/datenschutzerklärung> sowie per Aushang oder Ausgabe am Empfang des Vereins.

SEITE 2

SEPA - Lastschriftmandat

Selbsthilfe Körperbehinderter Main-Kinzig e.V., Am Rathaus 65 b
Tel. : 0 61 83 / 91 52 – 21, Fax : 0 61 83 / 91 52 - 27
verein@selbsthilfe-erlensee.de, <https://www.selbsthilfe-erlensee.de>



Gläubiger Identifikations-Nr. DE10ZZZ00000160712

Mandatsreferenz:

(Die Mandatsreferenz wird von uns vergeben - Sie erhalten anschließend eine Kopie des Formulars)

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Selbsthilfe Körperbehinderter Main-Kinzig e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfe Körperbehinderter Main-Kinzig e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name: Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Kreditinstitut

Name:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum:

Unterschrift Antragssteller: _____