



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein für Häusliche Kranken- und Altenpflege in Allendorf(Lumda) e.V.

ab einem Jahresbeitrag von € zusätzlich spende ich einmalig €
(Mindestens 24 Euro pro Jahr)

☐ jährlich am 1. März. ☐ halbjährlich jeweils am 1. März und 1. September einzuziehen

Unsere Konten:

Sparkasse Gießen: IBAN: DE02 5135 0025 0255 0015 50 BIC: SKGIDE5F
Volksbank Mittelhessen eG: IBAN: DE21 5139 0000 0064 3200 09 BIC: VBMHDE5F

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße, Nr. PLZ, Ort

Datenschutzbestimmungen:

Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Funktion im Verein und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung von Daten an die Dachorganisation findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegte Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zwecke der Organisation. Eine Datenübermittlung an Dritte außerhalb der Dachorganisation findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort
Gläubiger-Identifikationsnummer Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)
(wird nach Beitritt bekannt gegeben)

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart: ☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

IBAN (max. 22 Stellen) BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift