

ANTRAG auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied bei der Alzheimer Gesellschaft Landkreis Pfaffenhofen/Ilm e.V. Selbsthilfe Demenz und erkenne die Satzung an. Die Satzung des Vereins kann in der Geschäftsstelle eingesehen oder als Download auf der Homepage entnommen werden. Die Mitgliedschaft in der Gesellschaft kann jede volljährige natürliche sowie juristische Person erwerben, die ihre Ziele unterstützt. Der Gesellschaft können natürliche bzw. juristische Personen auch als fördernde Mitglieder (ohne Stimmrecht) beitreten.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag ist zahlbar bis Ende Februar des jeweiligen Jahres oder per Einzugsermächtigung (s. Rückseite). Der Austritt aus dem Verein erfolgt mit schriftlicher Kündigung zum Ende des laufenden Geschäftsjahres.

Hiermit beantrage ich, mich aufzunehmen als (bitte ankreuzen)

☐ **natürliches Mitglied** (Jahresbeitrag: 30 €)

☐ **juristisches Mitglied** (Jahresbeitrag: 100 €)

Name, Vorname

Geb.-Datum

Straße, Hausnummer

E-Mail

PLZ, Ort

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift

☐ Ich möchte die vierteljährlichen Informationen der Alzheimer Gesellschaft ("Alzheimer Info") per Mail zugesandt bekommen.

DATENSCHUTZ Zustimmungserklärung für Mitglieder

Ich _____ willige ein,
(Vorname, Name bzw. Name der Institution)

dass die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Art der Mitgliedschaft und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch die Alzheimer Gesellschaft Landkreis Pfaffenhofen e. V. Selbsthilfe Demenz verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Eine Datenübermittlung an Mitgliedsverbände und zuarbeitende Firmen findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegten Zwecke statt. Diese Datenvermittlung ist notwendig zum Zwecke der Organisation. Eine Datenübermittlung an Dritte sowie die Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit diese nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben der Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat ein Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Widerrufsrecht: Diese Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Kontaktdaten hierzu entnehmen Sie bitte unserer Internetseite/dem Impressum der Datenschutzerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift

ERTEILUNG eines SEPA Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers (Gläubiger): Alzheimer Gesellschaft Landkreis Pfaffenhofen e. V. Selbsthilfe Demenz

Anschrift des Zahlungsempfängers: Türltorstraße 16-20, 85276 Pfaffenhofen/Ilm

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000336141

Mandatsreferenz: (wird von uns ausgefüllt)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: ☐ Wiederkehrende Zahlung

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen:

IBAN (22 Stellen inkl. DE)

D E

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)