

MITGLIEDSANTRAG



Elternhilfe für Kinder mit Rett-Syndrom

Geschäftsstelle

Landesverband Bayern e.V.

Andrea Pfund

Hügelauweg 6

09102/9990718

90579 Langenzenn

Fax. 09102/9990719

info@rett-bayern.de

www.rett-bayern.de

Hiermit beantrage ich/beantragen wir die Aufnahme in die Elternhilfe für Kinder mit Rett-Syndrom Landesverband Bayern e.V. unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung. Die Satzung kann unter www.rett-bayern.de eingesehen werden.

Mitglied:

(Ehe-) Partner

Herr Frau

Herr Frau

Name, Vorname

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon _____

E-Mail _____

Rett-Mädchen/Frau/Junge(bei Familienmitgliedschaft) _____ geb.am: _____

Geschwister: _____ geb.am: _____

_____ geb.am: _____

Gewünschter Beitritt zum _____ (Datum) Sofort

Gewünschte Mitgliedschaft bitte ankreuzen: (Jahresbeiträge bitte einsetzen)

- Familienmitglied _____ € für Ehepaare (mit Rett-Mädchen/-Frau/-Junge) Mindestbeitrag pro Jahr 36,00 €
- Familienmitglied _____ € für Alleinerziehende (mit Rett-Mädchen/-Frau/-Junge) Mindestbeitrag pro Jahr 24,00 €
- Fördermitglied _____ € (pro Person) Mindestbeitrag pro Jahr 24,00 €

Ich bin/wir sind mit der Weitergabe meiner/unserer Telefonnummer/E-Mail-Adresse an andere betroffenen Familien einverstanden.

Ich bin mit der Speicherung und Nutzung meiner/unserer Daten durch den LV Bayern einverstanden. Datenschutzbelehrung siehe Rückseite. Bitte auch dort unterschreiben!

Ich bin mit der Weitergabe meiner E-Mail an das Rett-Forum, zwecks Freischaltung Brennpunkt, einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) zum Mitgliedsantrag



Datenschutzerklärung

Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt persönliche Daten der Mitglieder im Rahmen der Mitgliederverwaltung und Beitragserhebung sowie in der Organisation von Veranstaltungen des Vereins (z.B. Familienwochenende, Tagesveranstaltungen, Geschwisterfreizeiten, Mütterwochenende, Rett-Freizeit). Jedes Mitglied hat das Recht, vom Verein Auskunft über persönliche Daten zu erhalten. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden diese Daten wieder gelöscht. Personenbezogene Daten, die die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß den steuerrechtlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahre durch den Vorstand aufbewahrt. Nur Vorstandsmitglieder und sonstige Mitglieder, die im Verein eine besondere Funktion ausüben, welche die Kenntnis bestimmter Mitgliederdaten erfordert, haben Zugriff auf personenbezogene Mitgliederdaten. Der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner persönlichen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung, vereinsinternen Zusendung von Newslettern sowie Organisation der vereinsinternen Veranstaltungen stimme ich gemäß §4 a Bundesdatenschutzgesetz zu.

Ort, Datum

Unterschrift(en) zur Einwilligungserklärung Datenverarbeitung



SEPA-Mandat

Kontoinhaber und IBAN

Der Kontoinhaber ist immer mit Vor- und Nachnamen anzugeben. Ist nicht das Mitglied der Kontoinhaber, muss die Anschrift mit angegeben werden. Bezieht sich das Konto auf ein Ehepaar **und** sind beide unterschreibungsberechtigt, sollte das Mitglied als Kontoinhaber genannt werden und das SEPA Mandat unterzeichnen.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00002202745

Ich ermächtige die Elternhilfe für Kinder mit Rett-Syndrom Landesverband Bayern e.V., den von mir/uns jeweils zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift jährlich einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Elternhilfe für Kinder mit Rett-Syndrom Landesverband Bayern 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, Name (Kontoinhaber), (bei abweichendem Kontoinhaber: Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Name Kreditinstitut _____

IBAN -----

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift SEPA-Lastschriftmandat(Kontoinhaber)