

## Rett-Syndrom Elternhilfe

Landesverband Nord e.V.

Warnstedtstraße 70a

22525 Hamburg

Fax: 040 - 6092 1001

E-Mail: [info@rett-syndrom-elternhilfe.de](mailto:info@rett-syndrom-elternhilfe.de)

## Beitrittserklärung

Ich/wir beantrage/n meine/unsere Aufnahme in den Verein Rett-Syndrom Elternhilfe – Landesverband Nord e.V. als

Familienmitglied/er

Fördermitglied/er

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### (Ehe-) Partner\*

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Mädchen mit Rett-Syndrom (bei Familienmitgliedschaft):

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### Namen und Geburtsdaten der Geschwister des Mädchens mit Rett-Syndrom (wenn vorhanden)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### **Datenschutzbelehrung:**

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. Familienwochenenden, Tagesveranstaltungen, Geschwisterwochenenden). Jedes Mitglied hat das Recht, vom Verein Auskunft über die persönlichen Daten zu erhalten. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden diese Daten wieder gelöscht. Personenbezogene Daten, die die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß den steuergesetzlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahre durch den Vorstand aufbewahrt. Nur Vorstandsmitglieder und sonstige Mitarbeiter, die im Verein eine besondere Funktion ausüben, welche die Kenntnis bestimmter Mitgliederdaten erfordert, haben Zugriff auf personenbezogene Mitgliederdaten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung stimme ich gemäß §4 a Bundesdatenschutzgesetz zu. Ich stimme auch zu, dass mein Name sowie meine Anschrift an den Verein Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen sowie den dazugehörigen Landesverband in Schleswig-Holstein für die Übermittlung der Zeitschriften „Das Band“ und „schon gehört“ weitergegeben werden (der letzte Satz gilt nur für Familienmitglieder).

Ich stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten zur vereinsinternen Zusendung von Newslettern sowie der Organisation von Veranstaltungen sowie der Weitergabe von Adressdaten an Vereine, bei der die Rett-Syndrom-Elternhilfe – Landesverband Nord e.V. Mitglied ist, zu.

Ich bin damit einverstanden, ausschließlich per Mail über Veranstaltungen (auch Einladung Mitgliederversammlung) informiert zu werden.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift (en)

\*) Wenn auch (Ehe-)Partner Mitglied unseres Vereins werden möchten, bitte auch die Daten des Partners vollständig eintragen und Beitrittserklärung unterschreiben lassen, da wir in unserem Verein jede Person einzeln als Mitglieder führen.

## Jahresbeitrag für meine/unsere Mitgliedschaft

- Ich zahle satzungsgemäß den von Mitgliedern auf der Mitgliederversammlung beschlossenen Jahresbeitrag (Familien 36,00 Euro, alleinerziehende Eltern 20,00 Euro und Fördermitglieder 16,00 Euro)
- Ich zahle freiwillig einen erhöhten Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro pro Jahr.

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE78ZZZ00000530125

Ich ermächtige die Rett-Syndrom Elternhilfe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Rett-Syndrom Elternhilfe 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

DE

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift (en)