

Rett-Syndrom Elternhilfe

Landesverband Nord e.V.

z.Hd. Geschäftsstelle

Lessingstr. 16

16562 Hohen Neuendorf

E-Mail: 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/Frau mit Rett-Syndrom (bei Familienmitgliedschaft):

Name, Vorname

Geb.-Datum:

Namen + Geburtsdaten der Geschwister des Mädchens / der Frau 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. Seminarwochenenden, Tagesveranstaltungen, Geschwisterwochenenden etc.). 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. Der Name sowie die Anschrift werden 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“ weitergeben. Die Weitergabe gilt nur für Familienmitglieder.

Vorstand:
Elke Peitzner (1. Vorsitz)
Stephanie Bornfleth (2. Vorsitz)
Gerold Krüggeler (Finanzen)

Bankverbindung:
Skat-Bank
IBAN: DE62 8306 5408 0005 4910 70

Sitz des Vereins:
Hamburger Strasse 76c
23843 Bad Oldesloe

☐ Ich stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten gemäß der Datenschutzbelehrung zu.

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

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Veranstaltungen Bilder von mir und den angegebenen Personen gemacht werden dürfen. Diese Bilder dürfen zur Veröffentlichung verwendet und zu diesem Zwecke auch abgespeichert werden. Die Bilder dienen ausschließlich der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins.

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/wir zahle/n einen jährlichen Beitrag in Höhe von _____ Euro (Mindestbeitrag für Familien 36€).

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:

BIC:

Name der Bank:

Ort, Datum

Unterschrift (en)