

Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e.V.
Geschäftsstelle
Siegburger Straße 1a
51491 Overath

Beitrittserklärung zum Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V.

mit Wirkung vom _____ 20__ als

- Einzelmitglied Familienmitgliedschaft juristische Person
 eigenständige(r) Selbsthilfegruppe oder -verein

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon / Mobil: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Bundesland: _____

Beitragshöhe: EUR _____,00

Der Jahresbeitrag beträgt EUR 50,00 bei Einzelmitgliedschaft und EUR 60,00 bei Familienmitgliedschaft. Für juristische Personen und eigenständige Selbsthilfegruppen und -vereine EUR 150,00.

Antrag auf Ermäßigung (50 %) können stellen: Schüler, Auszubildende, Studenten, Personen mit geringem Einkommen.

Die von Ihnen in Ihrer Beitrittserklärung und der anliegenden SEPA-Einzugsermächtigung angegebenen Daten über ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sogenannte personenbezogene Daten) werden unter Berücksichtigung der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes für Zwecke der Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und der Verfolgung der Vereinsziele gespeichert und verarbeitet. Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und bei Unrichtigkeit Korrektur verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beantworten Sie uns abschließend noch, woher Sie die Informationen über unseren Verband erhalten haben:

- Presse Funk/Fernsehen Bekannte Internet Reha-Klinik Krankenhaus Sonstiges

Wir würden Sie gerne über regelmäßige Treffen und Veranstaltungen unserer ortsnahen Selbsthilfegruppen informieren. Zur Kontaktaufnahme benötigen wir Ihre Einwilligung.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an die wohnortnächste Selbsthilfegruppe des Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. sowie der dortigen Speicherung und Verarbeitung zum Zwecke der Kontaktaufnahme mit mir zu. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Geschäftsstelle des Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ohne Einzugsermächtigung kann die Beitrittserklärung nicht bearbeitet werden.

Ich ermächtige den Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von meinem Konto einzuziehen. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 1. Montag im März eingezogen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag. Bei einem unterjährigen Eintritt erfolgt für den erstmaligen Einzug eine separate Benachrichtigung.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000995416
Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige den Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mir meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Kontoinhaber (Name, Vorname): _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Geldinstitut: _____

BIC (Bank Identifier Code): _____ / _____

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

IBAN (International Bank Account Number):

Ort, Datum, Unterschrift