

Zurück an:

Krankenpflegeverein Sindelfingen e.V.
Stiftstraße 4
71063 Sindelfingen

Mitgliedsnummer:
(wird vom Verein ausgefüllt)

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich /wir die Mitgliedschaft in den Krankenpflegeverein Sindelfingen e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z.Zt. 20 € im Jahr.

- Ich/wir erteile/n die Ermächtigung zum Einzug durch Lastschrift (siehe Rückseite)
- Ich/wir überweise/n den Jahresbeitrag auf das Konto bei der Kreissparkasse Böblingen
IBAN: DE 19 6035 0130 0003 0016 66

Name	Vorname	Geburtsdatum
Familienangehörige / Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort

Telefon (Bitte angeben für Rückfragen)

Durch meine Unterschrift stimme ich der Verarbeitung obiger Daten (gemäß Art. 6 Abs. 1 DSGVO) zur Verwaltung und Abrechnung meiner Mitgliedschaft zu und erkenne die jeweils gültige Satzung des Vereins an. Die Satzung kann unter www.krankenpflegeverein.org eingesehen werden.

Ort und Datum Unterschrift

Mir ist bekannt, dass ich die Mitgliedschaft jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich kündigen kann. Dazu reicht eine formlose Nachricht per Post oder E-Mail. Die Mitgliedschaft endet dann zum Ende des Beitragsjahres am 31.12. Bereits gezahlte Beiträge werden nicht zurückerstattet.

Seit vielen Jahren informieren die Ökumenische Sozialstation und die Sindelfinger Krankenpflegevereine ausführlich über ihre Arbeit und geben den Lesern wertvolle Hinweise. Die Beilage zur Sindelfinger Zeitung "Erlebenswert" wird allen Haushalten zur Verfügung gestellt. Als Mitglied des Krankenpflegevereins Sindelfingen erhalten Sie auf Wunsch die Beilage kostenlos.

➤ **Ich / Wir möchte die Beilage „Erlebenswert“ erhalten: Ja () / Nein ()**

Bitte wenden ...

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Lastschrifteinzüge sind an unserer Gläubiger-Identifikationsnummer DE24ZZZ00000679313 und der Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) erkennbar.

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Sindelfingen e.V. den Jahresbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird zu Beginn der Mitgliedschaft und dann künftig jährlich am 12. März eines Jahres fällig. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den nächsten Geschäftstag.

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.

Einzug ab: _____

Jahresbeitrag: _____ **Euro** (Der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. 20 € im Jahr)

IBAN: DE _ _ [_ _ _ _ _ [_ _ _ _ _ [_ _ _ _ _ [_ _ _ _ _ [_ _

Kreditinstitut: _____

Ich bin Kontoinhaber ja () / nein () (bei nein, bitte Name und Anschrift des Kontoinhabers eingeben)

Datum: _____ **Unterschrift des Kontoinhabers** _____

Datenschutzerklärung nach DSGVO

Ich/ Wir willige/n ein, dass der Krankenpflegeverein Sindelfingen e.V. als verantwortliche Stelle, die im Aufnahmeantrag erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummern und Bankverbindungen ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzugs und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Eine Übermittlung auch von Teilen dieser Daten an Dritte findet nur nach ausdrücklicher Zustimmung des jeweiligen Mitglieds statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft löscht der Verein die personenbezogenen Daten, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind, und das Recht, jederzeit der Datenspeicherung widersprechen zu können. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Die ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie unter www.krankenpflegeverein.org.

Ort und Datum

Unterschrift