



Beitrittserklärung

Ich/wir möchte(n) dem Verein Nachbarschaftshilfe Stimpfach e.V. beitreten:

Name, Vorname: Geburtsdatum

Weitere Familienmitglieder:

Name, Vorname: Geburtsdatum

Name, Vorname: Geburtsdatum

Name, Vorname: Geburtsdatum

PLZ Wohnort: Straße:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Jahresmitgliedsbeitrag: Einzelperson 12,00 € Familie 15,00 €

Datenschutzerklärung:

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken:

Ich erteile meine Einwilligung für die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Erfüllung des Vereinszwecks gemäß der Vereinssatzung.

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an Helfer/innen, Hilfesuchende und Vermittler/innen (z. B. zur Ausführung von Aufträgen) weitergegeben werden dürfen.

Rechte – Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht.

Sie sind jederzeit berechtigt, **Auskunft** über, zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Sie können jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf per Post oder per E-Mail an die Nachbarschaftshilfe Stimpfach e. V. übermitteln.

.....
Ort, Datum:

.....
Unterschrift:



SEPA Lastschriftmandat

Ich erteile eine Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat - wiederkehrende Zahlung):

Hiermit ermächtige ich die Nachbarschaftshilfe Stimpfach e.V. widerruflich den Jahresbeitrag von folgendem Konto abzubuchen (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte) Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Nachbarschaftshilfe Stimpfach e. V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

IBAN: DE

Geldinstitut:

Kontoinhaber/in:

.....
Ort, Datum:

.....
Unterschrift:

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID: DE14ZZZ00001928562

Vorankündigung: Erster SEPA-Einzug bei Vereinseintritt, in den Folgejahren dann jeweils nach der Jahreshauptversammlung.

**Bitte zurück an Nachbarschaftshilfe Stimpfach
Kassier Gebhard Schips, Forstwasenstr. 13, 74597 Stimpfach**