

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Initiativgruppe Gliedermaßenamputierter e.V.

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Beitrittsdatum	_____ Tel.-Nr.	_____ E-Mail
_____ Straße Hausnr.	_____ Postleitzahl	_____ Ort

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von dem Verein für die Dauer der Vereinszugehörigkeit zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Beitragseinzug per SEPA-Lastschrift, Einladung zu KHV, Mitgliederversammlungen, Gruppentreffen und –unternehmungen, News-Letter und Produktinformationen Prothetik

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DS-GVO vom 25.05.2018 (Datenschutz Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Bei Verweigerung des Einverständnisses kann ein Vereinsbeitritt allerdings nicht wirksam werden. Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden mit der Folge, aus dem Verein auszutreten, bzw. ausgeschlossen zu werden. Meine Widerrufserklärung richte ich an den Verein unter folgender Adresse:

Initiativgruppe Gliedermaßenamputierter e.V.
Egid Simon
Im Winkel 11
90518 Altdorf

Im Fall des Widerrufs werden mit Zugang der Widerrufserklärung meine Daten vom Verein umgehend gelöscht.

Ort/Datum

Unterschrift

Ich ermächtige die Initiativegruppe Gliedermaßenamputierter e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Initiativegruppe Gliedermaßenamputierter e.V. 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.

Mitgliedsnummer: _____
(wird vom Verein vergeben)

Name/Vorname (Kontoinhaber): _____

Straße/Hausnummer und Postleitzahl/Ort

DE

Internationale Bankkontonummer – IBAN des Kontoinhabers

BIC

Kreditinstitut

Daten des Zahlungsempfängers

Initiativegruppe Gliedermaßenamputierter e.V., Im Winkel 11, 90518 Altdorf

Name/Anschrift

DE71 7606 9564 0000 8815 70

Internationale Bankkontonummer – IBAN des Gläubigers

GENODEF1BTO

Raiffeisenbank Burgthann-Oberferrieden

BIC

Kreditinstitut

Ort/Datum

Unterschrift

Einverständnis- und Verzichtserklärung

Frau/Herr _____
(Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Veröffentlichung von Fotos und den unten angegebenen Kontaktdaten meiner Person auf der Homepage der Initiative Gruppe Gliedmaßenamputierter e. V. und zur Berichterstattung über Veranstaltungen der Initiative Gruppe Gliedmaßenamputierter e. V.

Die Verwendung und Veröffentlichung darf ohne weitere Nachfrage erfolgen. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass die erfassten Daten durch die Beauftragten der Initiative Gruppe Gliedmaßenamputierter e. V. zur Pflege der Homepage maschinell gespeichert, verarbeitet und an Medienbearbeiter weitergegeben werden. Auf eine Vergütung für die Veröffentlichung und Verwendung der Fotos verzichte ich hiermit ausdrücklich.

Internetadresse: www.ig-ampu.de

Widerrufsrecht:

Ich behalte mir das Recht vor, der weiteren Veröffentlichung meiner Fotos auf der Homepage und zur Berichterstattung über Veranstaltungen der Initiative Gruppe Gliedmaßenamputierter e.V. jederzeit zu widersprechen. Die Initiative Gruppe Gliedmaßenamputierter e. V. wird im Falle meines Widerspruchs die verwendeten Fotos und Daten zeitnah auf der Homepage der Initiative Gruppe Gliedmaßenamputierter e. V. entfernen und von weiteren Veröffentlichungen in den Medien absehen.

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Durch die beabsichtigte Verwendung im Internet können die Aufnahmen sowie Namen und sonstige personenbezogenen Informationen des Abgebildeten weltweit abgerufen und, ohne dass die Initiative Gruppe Gliedmaßenamputierter e. V. darauf Einfluss hätte, verwendet oder gespeichert werden.

Zur Veröffentlichung freigegebene Kontaktdaten:

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon

E-Mail

(nicht zu veröffentlichende Daten bitte streichen)

Ort/Datum

Unterschrift