

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit für mich – und meine Familie – den Beitritt zum

***Krankenpflege- und Förderverein
für die Nächstenhilfe Trochtelfingen e.V.
Rathausplatz 9, 72818 Trochtelfingen***

anerkenne die Vereinssatzung und stimme der Datenerhebung zu.
Sämtliche Änderungen der persönlichen Daten (Anschrift bzw. Bank-
verbindung) teile ich dem Verein unverzüglich mit.

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Eintrittsdatum

Die o.g. persönlichen Daten werden gem. DS-GVO erhoben, verarbeitet und genutzt. Vom Vorstand wird der Name und die Anschrift des Mitglieds an die Leistungserbringer - Nachbarschaftshilfe und Sozialstation weitergegeben. Vom Kassier wird zusätzlich IBAN zwecks Beitragseinzug verarbeitet und genutzt. Weitere Nutzung oder Weitergabe erfolgt nicht. Der jeweilige Vorstand - derzeit Christoph Niesler, Rathausplatz 9, Trochtelfingen ist verantwortlich für die Datensicherheit. Die Daten werden für die Zeit der Mitgliedschaft gespeichert. Sie können jederzeit Auskunft über die gespeicherten Daten vom Vorstand erhalten. Darüber hinaus können Sie jederzeit Berichtigungen, Löschungen, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerruf der Einwilligung verlangen.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG - SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88KPV00000217993
Mandatsreferenz wird später mitgeteilt.

Ich ermächtige den Krankenpflege- und Förderverein für die Nächstenhilfe Trochtelfingen e.V. die jährliche Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflege- und Förderverein für die Nächstenhilfe Trochtelfingen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitrag wird am 1.4. jeden Jahres abgebucht.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen.

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

IBAN

BIC

Name der Bank

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds