

ELTERNINITIATIVE APERT-SYNDROM

UND VERWANDTE FEHLBILDUNGEN E.V.



Elterninitiative Apert-Syndrom
und verwandte Fehlbildungen e.V.
Stinnweg 1a
21220 Seevetal

AUFNAHMEANTRAG

Name, Vorname des Vaters:		Geburtsdatum:	
Name, Vorname der Mutter:		Geburtsdatum:	
Name, Vorname Betroffene(r):		Geburtsdatum:	Männl. ()
		Weibl. ()	
Syndrom:	Email-Adresse:		
Straße, Hausnummer:	Land, Postleitzahl:	Wohnort:	
Telefon (Festnetz):	Telefon (mobil):*		
Der jährliche Mindestbeitrag pro Familie/Mitglied beträgt derzeit EUR 75,- . Ich/wir möchten einen Jahresbeitrag zahlen von: (bitte den gewünschten Jahresbetrag nachstehend eintragen)		EUR	
Der Mitgliedsbeitrag soll durch Lastschriftinzugsverfahren eingezogen werden. Die beigefügte Ermächtigung wurde ausgefüllt und unterschrieben.			<input type="checkbox"/>
Abweichend wird der Mitgliedsbeitrag per Dauerauftrag einmal im Jahr, bis spätestens zum 15. Januar im Voraus für das entsprechende Mitgliedsjahr überwiesen.			<input type="checkbox"/>

*freiwillige Angabe

Ich beantrage die Aufnahme in die Elterninitiative Apert-Syndrom und verwandte Fehlbildungen e.V.

Mir ist bekannt, dass personenbezogene Daten durch den Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit es für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich ist. Dies beinhaltet auch Foto-, Film- und Tonaufnahmen, die bei Vereinsveranstaltungen gemacht werden. Eine anderweitige, über die Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke hinausgehende Datenverarbeitung oder Nutzung der Daten ist dem Verein nur gestattet, sofern er aus gesetzlichen Gründen hierzu verpflichtet ist oder eine Einwilligung des Mitgliedes vorliegt.

Jedes Mitglied hat gemäß DSGVO das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, Auskunft über etwaige Empfänger bei Datenübermittlung, den Zweck der Speicherung, sowie auf Berichtigung, Löschung oder Sperrung seiner Daten.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Folgende Anhänge habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

- Vereinssatzung
- Datenschutzordnung der EAS
- Datenschutzrechtliche Informationen nach Artikel 13 und 14 DSGVO

Ort, Datum

Unterschrift Vater

Unterschrift Mutter

Unterschrift
Betroffene(r)

ELTERNINITIATIVE APERT-SYNDROM

UND VERWANDTE FEHLBILDUNGEN E.V.



BEITRAGSEINZUGSERMÄCHTIGUNG

Name und Sitz des kontoführenden Geldinstitutes	
IBAN	SWIFT-BIC (für Auslandseinzüge)
Kontoinhaber	

Hiermit ermächtige ich widerruflich die Elterninitiative Apert-Syndrom und verwandte Fehlbildungen e.V. den Mitgliedsbeitrag von _____ Euro jährlich von meinem Konto abzubuchen und erteile hiermit das Mandat.

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

ANSCHRIFTEN:

Elterninitiative Apert-Syndrom und verwandte Fehlbildungen e.V.

Stinnweg 1a

21220 Seevetal

Telefon: (04108) 4362831

Mail: eas@apert-syndrom.de

Banskamp 7

25462 Rellingen

Telefon: (0177) 1599382

Mail: finanzen@apert-syndrom.de

BANKVERBINDUNG:

Institut: Sparkasse Münsterland Ost

IBAN: DE90 4005 0150 0153 2972 39

BIC: WELADED1MST