

MITGLIEDSANTRAG

Rett-Syndrom e.V., Deutsche Rett-Syndrom Gemeinschaft c/o Cornelia Hofer Gutenbergstr. 12 97289 Thüngen

Tel. 09360/990607

Email: Nela.Hofer@Rett-Syndrom.de

Ort, Datum

www.rett-syndrom.de

Hiermit beantrage ich/beantragen wir die Aufnahme in den Dachverband Rett-Syndrom e.V., Deutsche Rett-Syndrom Gemeinschaft, unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung. Die Satzung kann unter www.rett-syndrom.de eingesehen werden.

Antrag auf Mitgliedschaft: ☐ Herr ☐ Frau ☐ Familie ☐ Organisation/Verein Name, Vorname Straße PLZ/Ort Telefon Email Freiwillige Angaben: Rett-Mädchen/Frau/Junge: _______, geb.am: ______, Geschwister: _______, geb.am:_______ Gewünschter Beitritt zum _____(Datum) Sofort Gewünschte Mitgliedschaft bitte ankreuzen: (Jahresbeiträge bitte einsetzen) □ ordentliches Mitglied _____ € für Eltern mit Rett-Mädchen/-Frau/-Junge, Mindestbeitrag 50,00 €/Jahr □ ordentliches Mitglied als Organisation/Verein _____ €, Aufnahmegebühr 250€, jährlicher Beitrag 150€/Jahr □ außerordentliches Mitglied _____ € für Fördermitglieder ohne Stimmrecht, Mindestbeitrag 50,00€/Jahr □ Ich bin/wir sind mit der Weitergabe meiner/unserer Telefonnummer/E-Mail-Adresse an andere betroffenen Familien einverstanden. ☐ Ich bin mit der Speicherung und Nutzung meiner/unserer Daten durch den Rett-Syndrom e.V. einverstanden. Datenschutzbelehrung siehe Rückseite. Bitte auch dort unterschreiben! ☐ Ich bin mit der Weitergabe meiner E-Mail an das Rett-Forum, zwecks Freischaltung Brennpunkt, einverstanden.

Unterschrift(en) zum Mitgliedsantrag



Datenschutzerklärung

Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt persönliche Daten der Mitglieder im Rahmen der Mitgliederverwaltung, Mitgliederinformation, Mitgliederkommunikation und Beitragserhebung sowie in der Organisation von Veranstaltungen des Vereins (z.B. Familienwochenenden, Tagesveranstaltungen, Geschwisterwochenenden). Jedes Mitglied hat das Recht, vom Verein Auskunft über die gespeicherten persönlichen Daten zu erhalten. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden diese Daten wieder gelöscht. Personenbezogene Daten, die die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß den steuergesetzlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahre durch den Vorstand aufbewahrt. Nur Vorstandsmitglieder und Mitarbeiter, die im Verein eine besondere Funktion ausüben, welche die Kenntnis bestimmter Mitgliederdaten erfordert, haben Zugriff auf personenbezogene Mitgliederdaten. Der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung stimme ich gemäß § 6 DSGVO zu.

(bitte a	ankreuzen)
	Ich stimme der Verwendung meiner persönlichen Daten und der meiner Angehörigen zur vereinsinternen Zusendung von Newslettern sowie der Organisation von Veranstaltungen sowie der Weitergabe von Adressdaten an Vereine, bei der Rett-Syndrom e.V. Mitglied ist, zu.
	Ich bin damit einverstanden, ausschließlich per Mail über Veranstaltungen (auch Einladung Mitgliederversammlung) informiert zu werden.

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Fotos und Filmaufnahmen:

Im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto- und Filmaufnahmen dürfen für Veröffentlichungen, Berichte in Printmedien, Neuen Medien und auf der Internetseite des Vereins unentgeltlich verwendet werden. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Rett-Forum:

	•	Emailadresse an die Betreiber des Rett-Forums mitgeteilt wird. Sie derbereich genutzt. Eine Weitergabe erfolgt nicht.
		- · ·
Ort. Da	atum	Unterschrift(en) zur Einwilligungserklärung Datenverarbeitung



SEPA-Mandat

Kontoinhaber und IBAN

Der Kontoinhaber ist immer mit Vor- und Nachnamen anzugeben. Ist nicht das Mitglied der Kontoinhaber, muss die Anschrift mit angegeben werden. Bezieht sich das Konto auf ein Ehepaar **und** sind beide unterschriftsberechtigt, sollte das Mitglied als Kontoinhaber genannt werden und das SEPA Mandat unterzeichnen.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75ZZZ00002315755

Ich ermächtige den Verein Rett-Syndrom e.V., Deutsche Rett-Syndrom Gemeinschaft, den von mir/uns jeweils zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift jährlich einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein Rett-Syndrom e.V., Deutsche Rett-Syndrom Gemeinschaft, auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

<u>Hinweis</u>: 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.

Vorname, Name (Kontoinhaber), (be	ei abweichendem Kontoinhaber: Straße, Hausnr., PLZ, Ort)
Name Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
Ort. Datum	Unterschrift SEPA-Lastschriftmandat(Kontoir