

# Beitrittserklärung

## Selbsthilfe Vaskulitis e.V.

Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_  
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Unter Anerkennung der Vereinssatzung, die mir auf Wunsch gerne ausgehändigt wird und zur Einsicht jederzeit vorliegt, erkläre ich/wir hiermit meinen/unseren Beitritt zu o.g.Verein.

Herr/Frau/Familie/Firma

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Hiermit erkläre(n) ich/wir den Beitritt zur Selbsthilfegruppe-Vaskulitis e.V.

Als Jahresbeitrag möchte(n) ich/wir \_\_\_\_\_ € zahlen.

Der Jahresmindestbeitrag beträgt 24,00.-€

Die Zahlung erfolgt jährlich jeweils für das Kalenderjahr.

X \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) (Unterschrift / Stempel)

\*\*\*\*\*

**Anschrift:**  
Selbsthilfe Vaskulitis e.V.  
Hauptstraße 6  
54526 Landscheid/Eifel

**Bankverbindung:**  
Sparkasse Mittelmosel EMH  
**BLZ.** 587 512 30 **Kto Nr.** 32384802  
**BIC:** MALADE51BKS **IBAN:** DE45 5875 1230 0032 3848 02

## SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

Selbsthilfe Vaskulitis e.V.

Name des Zahlungsempfänger / Creditor name:

**Selbsthilfe Vaskulitis e.V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor adress

Straße und Hausnummer / street name und number:

**Hauptstraße 6**

Postleitzahl und Ort / Postal and City

**D – 54526 Landscheid/Eifel**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

**DE90ZZZ00000707225**

Mandatsreferenz ( vom Zahlungsempfänger auszufüllen) Mandate reference (to be completed by the creditor)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Selbsthilfe Vaskulitis e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschriften einzuziehen.. Zugleich (B) weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger – **Selbsthilfe Vaskulitis e.V.** - auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate from, you authorise (A) the creditor **Selbsthilfe Vaskulitis e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor

**Selbsthilfe Vaskulitis e.V.**

As part of your rights, entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment

 Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name und number:

Land / Country Postleitzahl / Postal code Ort / city

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max 35 characters)

Alte KontoNr.

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters)

Bank Name:

Bankleitzahl:

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) Date (DD/MM/YYYY)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature of the debtor:

**Hinweis:** Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.

**Note:** Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank

**Selbsthilfe Vaskulitis e.V.**  
Hauptstr.6  
54526 Landscheid/Eifel

**Bankverbindung:**  
Sparkasse Mittelmosel EMH  
BLZ. 587 512 30 Kto Nr. 32384802  
**BIC:** MALADE51BKS **IBAN:** DE45 5875 1230 0032 3848 02

Für unseren Dienst erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name, Adresse
- Telefonnummer
- E-Mail-Adresse
- Bankverbindung

Diese Daten werden auf dem Server von *Vaskulitis e.V.* gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses notwendig ist. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers. Eine automatische Löschung erfolgt nach 12 Monaten, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden.

#### **Nutzerrechte**

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen. Auch kann eine Datenübertragung angefordert werden, sollte der Unterzeichnende eine Übertragung seiner Daten an eine dritte Stelle wünschen.

#### **Folgen des Nicht-Unterzeichnens**

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unser Dienst jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

#### **Kontakt**

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

Selbsthilfe Vaskulitis e.V.  
Klaus Heinz-Wagner  
Hauptstraße 6  
54526 Landscheid

#### **Zustimmung durch den Nutzer**

Hiermit versichert sich der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch

–*Vaskulitis e.V.* – zuzustimmen und über seine Rechte belehrt wurden zu sein:

.....

Datum, Unterschrift