

MITGLIEDSANTRAG

Rett Syndrom Deutschland e.V., Verein für Forschungsförderung
c/o Claudia Petzold
Lüghauser Str. 105
51503 Rösrath

Tel. 02205/8985974

Email: info@rett-sd.de

www.rett-syndrom-deutschland.de

Hiermit beantrage ich/beantragen wir die Mitgliedschaft in den Rett Syndrom Deutschland e.V., Verein für Forschungsförderung unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung. Die Satzung kann unter www.rett-syndrom-deutschland.de eingesehen werden. Rett Syndrom Deutschland e.V. ist Mitglied des Rett-Syndrom e.V., Deutsche Rett-Syndrom-Gemeinschaft

Antrag auf Mitgliedschaft:

Herr Frau Familie Organisation/Verein

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Email

Freiwillige Angaben:

Rett-Mädchen/Frau/Junge: _____, geb.am: _____

Humangenetische Diagnostik: _____

Geschwister: _____, geb.am: _____

_____, 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

außerordentliches Mitglied _____ € Fördermitglieder des Rett Syndrom Deutschland e.V. 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 Deutschland 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.

Ort, Datum

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 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.

Ort, Datum

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 unterschreibungsberechtigt, sollte das Mitglied als Kontoinhaber genannt werden und das SEPA Mandat unterzeichnen.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38ZZZ00001438183

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.

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.

Vorname, Name (Kontoinhaber), (bei abweichendem Kontoinhaber: Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

Name Kreditinstitut _____

IBAN -----

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift SEPA-Lastschriftmandat(Kontoinhaber)