

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als:

- Einzelmitglied im Ortsverein _____ Jahresbeitrag 20,- €
- Fördermitglied im Landesverband Jahresbeitrag 20,- €

Name: _____ Vorname: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Datenschutz

Der Landesverband SaarLandFrauen e. V. bzw. der o.g. Ortsverein erhebt, speichert (auch in elektronischer Form) und verarbeitet vom Mitglied folgende Daten:

- Name
- Adresse
- Beruf
- Geburtsdatum
- Telefon-Nummer / E-Mail-Adresse
- IBAN und BIC

Die Daten werden zum Zweck der Gewährleistung der Mitgliederführung des Landesverbandes SaarLandFrauen e. V. bzw. des o.g. Ortsverein erhoben, gespeichert und verarbeitet und an folgende dritte Stellen weitergegeben:

- Bank
- Landesverband der SaarLandFrauen e. V. (bei Mitgliedschaft in einem Ortsverein)

Das Mitglied erklärt sich mit seiner/ihrer Unterschrift unter den Aufnahmeantrag mit der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe seiner/ihrer Daten bereit.

Gemäß § 15 DSGVO ist das Mitglied gegenüber dem Landesverband SaarLandFrauen e. V. bzw. o.g. dem Ortsverein berechtigt, eine umfangreiche Auskunftserteilung über seine gespeicherten Daten zu erhalten.

Gemäß § 17 DSGVO kann das Mitglied jederzeit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Ebenso hat das Mitglied jederzeit das Recht ohne Angaben von Gründen von seinem/ihrem Widerrufsrecht Gebrauch zu machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Das Mitglied kann den Widerruf postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Geschäftsstelle des Landesverbandes SaarLandFrauen e. V. bzw. an den o.g. Ortsverein übermitteln.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Sepa-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00001022984

Ich ermächtige den Landesverband SaarLandFrauen e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband SaarLandFrauen e. V. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Ort/Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____