



Scleroderma Liga e.V.

## Beitrittserklärung Scleroderma Liga e.V.

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als

ordentliches Mitglied

Fördermitglied

im Verein Scleroderma Liga e.V. mit einem Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_,- € (*mindestens 40,- €*).

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzlichen Vertreter/in/s)*

### Kenntnisname der Datenschutzinformation für Vereinsmitglieder

Hiermit erkläre ich mich einverstanden mit der Verarbeitung meiner Kontaktdaten zwecks Bearbeitung meines Mitgliedschaftsantrages und meiner Mitgliedschaft. Die auf der Website als PDF-Download zur Verfügung gestellte „Datenschutzinformation für Vereinsmitglieder“ (Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Mitglieds*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen*

### Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebene(n) Telefonnummer(n) sowie meine E-Mail-Adresse zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses durch den Vereinsvorstand/die Geschäftsstelle an den/die Regionalgruppenleiter/in (z. B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften oder zum Zweck des Erfahrungsaustausches) weitergegeben werden darf/dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Weitergabe der E-Mail-Adresse sowie in die Weitergabe der Telefonnummer(n) an den/die Regionalgruppenleiter/in jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift/zusätzlich Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen*

## Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE83ZZZ00000291706

Mandatsreferenz: (Mitglieds-Nr., wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Ich ermächtige den Verein Scleroderma Liga e.V. Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag im ersten Quartal oder bei Beitritt fällig.

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.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Mitglieds (des/der gesetzlichen Vertreter/s/in)*

## SEPA-Mandat für Mitgliedschaft Dritter

Sollte das SEPA-Mandat nicht zum Ausgleich von Forderungen gegenüber dem/der Kontoinhaber/in dienen, sondern z. B. für den Einzug der Vereinsbeiträge eines/einer Dritten (z. B. Kind vom Konto der Eltern), so kreuzen Sie bitte das untenstehende Kästchen an und geben Sie den Namen des Mitglieds an.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Nachname/Vorname:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Kontoinhaber/in*

## Nur bei Minderjährigen

Ich/wir als der/die gesetzliche/r/n Vertreter übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit (Vollendung des 18. Lebensjahres) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Kontoinhaber/in*