Beitrittserklärung zum Evangelischen Krankenpflegeverein Kaiserslautern e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Evangelischen Krankenpflegeverein Kaiserslautern e.V. und erkenne die Vereinssatzung sowie den von der Mitgliederversammlung festgesetzten Jahresmitgliedsbeitrag an (derzeit 29,00 €/ Jahr).

Der Austritt aus dem Verein ist schriftlich unter den in der Satzung genannten Bedingungen zu erklären und nur zum Schluss des Kalenderjahres möglich. Bereits entrichtete Beiträge werden nicht erstattet. Änderungen der Mitgliedschaft (z.B. neue Adresse, neue Bankverbindung) sind dem Verein umgehend mitzuteilen.

Persönliche Daten:
Name, Vorname:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Geburtsdatum:
Telefon:
E-Mail:
Datenschutzbestimmungen:
Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitritts erklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Funktion im Verein und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereins informationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Der Verein hat die Mitgliedsverwaltung durch einen Vertrag über Auftragsverarbeitungsvertrag nach Art. 28 Abs. 3 DS-GVO1 der Ökumenischen Sozialstation Kaiserslautern e.V. übertragen. Eine Übermittlung von Daten findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegte Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zwecke der Organisation. Bei Beendigung de Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen de Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht au Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlicher Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied im Falle von fehlerhaften Daten eir Korrekturrecht. Bei der Ökumenischen Sozialstation e.V. ist als Beauftragter für der Datenschutz Herr Johannes Schlütter, net.ter GmbH, Benzenbergstr. 2, 40219 Düsseldorf Telefon: 0211/97263500, E-Mail: zentrale@netter-protect.de, bestellt.
Ort, Datum, Unterschrift des Mitglieds

Evangelischer Krankenpflegeverein Kaiserslautern e.V., Vorsitzender: Pfr. Karl Graupeter Hahnenbalz 38 – 67663 Kaiserslautern - Tel. 0631 – 28188

Vereinsregister Nr.1069 Amtsgericht Kaiserslautern - E-Mail: Evang.Krankenpflegeverein.KL@web.de

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Evangelischer Krankenpflegeverein Kaiserslautern e.V.

Hahnenbalz 38 | 67663 Kaiserslautern |

D I	E	ω	1	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	2	3	9	8	7	4

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung
type of payment:
recurrent payment

Zahlungsart: Einmalige Zahlung type of payment: one-off payment

Evangelischer Krankenpflegeverein Kaiserslautern e.V. Hahnenbalz 38 67663 Kaiserslautern

В	е	i	t	r	a	g																									
Einc	Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor																														
				ı -	1	1	i			1						1	i	i				i		i			1				
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name																															
																											_				
Ans	chrif	des	Zahl	ungs	spflic	htige	n (Ko	ontoi	inhat	er):	Straí	3e ur	nd Ha	ausn	umm	ner /	debto	or str	eet a	nd r	numb	er	•								
	_	1	1	_		1	I	ı .	1		ı —	I	I			1	I	I	ı .	ı		I	ı .	I			1				
Ans	chrif	des	Zahl	ungs	spflic	htige	n (Ko	ontoi	inhat	er):	PLZ	und	Ort /	debt	or po	ostal	code	e and	city												
																											1				
_	1														<u> </u>					<u> </u>			<u> </u>								
Ans	cnrim	des	∠anı	ungs	spriic	ntige	n (Ko	ontoi	ınnar	oer):	Lanc	ı / ae	otor	cour	itry															 	
IBAI	N de	s Zał	ılung	Ispfli	chtig	en /	debto	or IB	AN										•						•		•	-	•	 	
	1	1	_			1	1	1		_	1	1	1		_	1	1	1				1				_	7				
RIC	doc	7ahlı	ınae	nflic	htiaa	n / da	ahtor	RIC																							

Lastschriften einzulösen.

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

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger

Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift

einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser)

Kreditinstitut an, die von Evangelischer Krankenpflegeverein Kaiserslautern e.V. auf mein (unsere) Konto gezogenen

Kaiserslautern

Krankenpflegeverein

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Evangelischer Krankenpflegeverein Kaiserslautern e.V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Evangelischer Krankenpflegeverein Kaiserslautern e.V..

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location Datum / date Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor