



Beitrittserklärung/Einzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich / erklären wir den **Beitritt zur Selbsthilfegruppe Behinderte und Nichtbehinderte** für den Landkreis Tirschenreuth e.V.:

Name: _____ Vorname: _____

ggf. Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

e-Mail (falls vorhanden): _____

weitere Familienmitglieder:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ e-Mail: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ e-Mail: _____

Die Satzung des Vereins wird hiermit anerkannt. Ein Exemplar der Satzung wird auf Wunsch ausgehändigt.

Der jeweilige Mitgliedsbeitrag ist als Jahresbeitrag am 03.04. des Jahres fällig.

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

16,00 € für aktive Mitglieder

26,00 € für zwei Personen

21,00 € für passive/fördernde Mitglieder

31,00 € für Familienbeitrag (ab 3 Personen)

Ort _____

Datum _____

Unterschrift Mitglied _____

ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Selbsthilfegruppe Behinderte und Nichtbehinderte für den Landkreis Tirschenreuth e.V., Hospitalstr. 1, 95643 Tirschenreuth, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45 ZZZO 0000 0171 04

Mandatsreferenznummer: wird mit der Mitgliedschaft erteilt

IBAN: _____ **BIC:** _____

Name des Zahlungsvervollmächtigten: _____

Ort _____

Datum _____

Unterschrift Mitglied _____

Unterschrift Zahlungsvervollmächtigter _____

Informationen zum Datenschutz:

Die von Ihnen angegebenen Daten über Ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sog. personenbezogenen Daten) werden auf Datenverarbeitungssystemen des Vereins gespeichert und für Verwaltungszwecke des Vereins verarbeitet und genutzt.

Wir sichern Ihnen zu, Ihre personenbezogenen Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Außenstehende weiterzugeben. Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und Korrektur verlangen, soweit die beim Verein gespeicherten Daten unrichtig sind. Sollten die gespeicherten Daten für die Abwicklung der Geschäftsprozesse des Vereins nicht notwendig sein, so können Sie auch eine Sperrung, gegebenenfalls auch eine Löschung, Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.



datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____

**Folgende Angaben sind freiwillig.
Der Speicherung und Verwendung kann jederzeit widersprochen werden.**

Ich bin damit **einverstanden**,
dass die Selbsthilfegruppe Behinderte/Nichtbehinderte f. d. Lkr Tirschenreuth e.V.
mit **Mitteln der elektronischen Kommunikation** (z.B. WhatsApp, Signal, Email)
mit mir **in Verbindung** treten darf:

Ort

Datum

Unterschrift Mitglied

ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter

Ich besitze einen **Schwerbehindertenausweis**: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- nein**, kein Schwerbehindertenausweis vorhanden
- ja**, ich besitze einen **Schwerbehindertenausweis** ➔
- ja**, die betreuenden Personen der Selbsthilfegruppe dürfen die **Kopie**
des Ausweises zur Vorlage für Kostenvergünstigungen **benutzen**

Ort

Datum

Unterschrift Mitglied

ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter

Diese Angaben werden streng vertraulich behandelt und
unterliegen der Schweigepflicht des Vorstandes und der Gruppenleiter der SHG.



Einverständniserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Wohnort: _____

**Folgende Angaben sind freiwillig.
Der Speicherung und Verwendung kann jederzeit widersprochen werden.**

Im Rahmen des Vereinslebens werden **Foto- und Filmaufnahmen** gemacht. Diese werden in der regionalen Presse und auf der Vereinshomepage veröffentlicht oder für Vereinszwecke wie z.B. Jahresrückschau, Flyer, Geburtstagskarten gespeichert und verwendet.

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

ja, ich bin damit einverstanden

nein, ich bin damit **nicht** einverstanden

Ort

Datum

Unterschrift Mitglied

ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter

Diese Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht des Vorstandes und der Gruppenleiter der SHG.



Betreuer/Betreuerin

Name: _____ Vorname: _____

ggf. Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

e-Mail (falls vorhanden): _____

Betreuer/in von Mitglied:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Ich bin damit **einverstanden**,
dass die Selbsthilfegruppe Behinderte/Nichtbehinderte f. d. Lkr Tirschenreuth e.V.
mit **Mitteln der elektronischen Kommunikation** (z.B. WhatsApp, Signal, Email)
mit mir **in Verbindung** treten darf:

Ort

Datum

Unterschrift Betreuer/in

Diese Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht des Vorstandes und der Gruppenleiter der SHG.