

Geschäftsstelle:
Alexander Geist
Am Kieselgraben 42
90584 Allersberg
Tel.: 09176-997461

Email: vorstand@autismus-mfr.de

Beitrittserklärung

Bei den angegebenen Mitgliedsbeiträgen handelt es sich um Untergrenzen. Sehr gerne können Sie Ihren persönlichen Beitragssatz anpassen. Die Beiträge sind steuerlich als Spenden absetzbar. Gerne stellen wir auf Nachfrage eine entsprechende Bescheinigung aus. Für den Beitritt juristischer Personen (Körperschaften) gelten besondere Regelungen, bitte nehmen Sie bei Interesse Kontakt mit uns auf.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich erkläre meinen Beitritt als Einzelmitglied zum Verein Autismus Mittelfranken e.V..

Ich werde einen jährlichen Beitrag von _____ Euro leisten (jährlich **EUR 45**).

Ich bin selbst Autist_in und werde einen jährlichen Beitrag von _____ Euro leisten.
(jährlich **EUR 20**).

Wir erklären unseren Beitritt als Familie zum Verein Autismus Mittelfranken e.V.

und werden einen jährlichen Beitrag von _____ Euro leisten (jährlich **EUR 60**).

**Mit der Speicherung des Namens und des Geburtsdatums meines / unseres Kindes
in der Mitgliederliste des Vereins bin ich / sind wir einverstanden (optional)**

Name _____

Geburtsdatum _____

Name: _____

Vorname(n): _____

Adresse: _____

Telefon /Email (optional): _____

Sonstiges (optional): _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten vereinsintern in einer EDV-gestützten Mitgliederdatei zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und -betreuung gespeichert werden.

Die umseitigen Hinweise zum Datenschutz habe ich / haben wir gelesen.

Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden.

Datum

Unterschrift(en)

Hinweise zum Datenschutz

Datenschutzleitlinie

Autismus Mittelfranken e.V. ist sich bewusst, dass Ihre Daten sehr wertvoll sind und geschützt werden müssen. Bei der Verarbeitung personenbezogener Daten müssen die Persönlichkeitsrechte des Betroffenen gewahrt werden. Die Verarbeitung Ihrer Daten darf nur genau die Zwecke verfolgen, wozu die Daten im Vorfeld erhoben worden sind. Eine Änderung der Zwecke kann und darf nur erfolgen, wenn Sie uns dazu auch Ihr Einverständnis geben. Ihre Daten unterliegen dem Datengeheimnis. Eine unbefugte Nutzung der Daten ist allen unseren Mitarbeitern – intern wie extern bezahlt oder ehrenamtlich – untersagt. Mit allen externen Auftraggebern haben wir Verträge zur Auftragsverarbeitung abgeschlossen. Ihre personenbezogenen Daten werden dabei durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt.

Name der verantwortlichen Stelle

Autismus Mittelfranken e.V.

Am Kieselgraben 42, 90584 Allersberg, Tel.: 09176-997461, Email: vorstand@autismus-mfr.de

Ihre Daten, die wir verarbeiten:

Name(n), Vorname(n), Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Kontoinhaber, Name der Bank, IBAN, BIC

Optionale Angaben: Telefon, E-Mail-Adresse, Name, Vorname und Geburtsdaten der Kinder

Grundlage für die Verwendung Ihrer Daten:

Rechtsgrundlage der Verarbeitung: Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO (Erfüllung von vertraglichen Pflichten)

Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Verwaltung und Betreuung der Mitglieder (Versand des Rundbriefs, Versand von Rundmails, telefonische und persönliche Beratungen), Kassenverwaltung zur ordnungsgemäßen Buchführung und zum Einzug der Mitgliedsbeiträge

Speicherdauer der Daten:

Personenbezogene Daten des austretenden Mitglieds, die die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß der steuergesetzlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahren ab dem Austrittsdatum aufbewahrt und anschließend gelöscht.

Ihre Rechte als Betroffene/r:

- Recht auf Auskunft. Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft darüber zu verlangen, welche Daten wir von Ihnen zu welchem Zweck speichern und verarbeiten, an wen und zu welchem Zweck wir Ihre Daten möglicherweise weitergeben und wie lange Ihre Daten aufbewahrt werden.
- Recht auf Berichtigung. Sie können Ihre Daten jederzeit berichtigten lassen.
- Recht auf Löschung/Sperrung. Sie können jederzeit verlangen, dass wir Ihre Daten oder Teile Ihrer Daten löschen. Wir werden Ihrer Bitte Folge leisten, sofern wir keine gesetzlichen Verpflichtungen haben, die Ihrer Bitte entgegenstehen. Bitte beachten Sie, dass die Löschung Ihrer Daten Folgen für die weitere Nutzung unserer Angebote haben kann.
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung. Sie können von uns die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen. Wir werden Ihrer Bitte Folge leisten, sofern dem keine gesetzlichen Verpflichtungen entgegenstehen.
- Widerrufsrecht. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zur Datenverarbeitung mit Wirkung für die Zukunft ändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf postalisch, per Mail oder per Fax an uns senden. Beachten Sie, dass der Widerruf Folgen für die weitere Nutzung unserer Angebote haben kann.
- Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben das Recht, Ihre bei uns gespeicherten Daten in einem gängigen maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln.
- Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde. Sie können Datenschutzverstöße beim Landesamt für Datenschutz Bayern melden: <https://www.lfd.bayern.de/de/beschwerde.html>.

Folgen der Nichtbereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten:

Ohne Ihre Daten kann leider keine Mitgliedschaft begründet werden.

↗ Unser Spendenkonto:
SPK NÜRNBERG
Kto: 1178 1861

BLZ: 760 501 01

IBAN: DE37 76050101 0011781861

BIC: SSKNDE77



SEPA-Basis-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name/ Anschrift des Zahlungsempfängers

Autismus Mittelfranken e.V.

Am Kieselgraben 42
90584 Allersberg

Wiederkehrende Zahlungen
Mitgliedsbeiträge

SEPA Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Autismus Mittelfranken e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Autismus Mittelfranken e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)