

## Beitrittserklärung

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
geboren am

männlich     weiblich     divers

als  Mensch mit Behinderung  
 Förderer/-in

Elternteil/Familienangehörige/Verwandte  
 Korporatives Mitglied

möchte Mitglied in oben genanntem Verein werden.

Der jährliche Mindestbeitrag beträgt derzeit 25,00 € pro Person, für Menschen mit Behinderung beträgt dieser 5,00 € pro Person. Der Mitgliedsbeitrag wird per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen.

Gerne können Sie auch einen höheren als den angegebenen Mindestbeitrag zahlen.

Ich bin bereit einen höheren Beitrag als den jährlichen Mindestbeitrag zu bezahlen. Bitte ziehen Sie jährlich \_\_\_\_\_ € per SEPA-Lastschriftmandat ein.

Mit Unterschrift werden die Satzung des Vereins und die Grundsätze der Datenverarbeitung gemäß DSGVO in der jeweils gültigen Fassung anerkannt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass

Ja/Nein

ich die quartalsweise erscheinende **Lebenshilfe-Zeitung** erhalte.

bei Mitgliedsjubiläen mein **Name und Vorname in der Vereinszeitung „Augenblick Mal“** erscheint.

Ich willige ein, dass **Fotos und Videos von meiner Person** bei Veranstaltungen und zur Präsentation des Vereins angefertigt und in folgenden Medien **veröffentlicht werden dürfen**:

Homepage des Vereins     Vereinszeitung „Augenblick Mal“

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Fotos und Videos mit meiner Person bei der Veröffentlichung im Internet oder in sozialen Netzwerken weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung und/oder Veränderung durch Dritte kann hierbei nicht ausgeschlossen werden. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Eine vollständige Löschung der veröffentlichten Fotos und Videoaufzeichnungen im Internet kann durch den Verein nicht sichergestellt werden, da z.B. andere Internetseiten die Fotos und Videos kopiert oder verändert haben könnten. Der Verein kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Form der Nutzung durch Dritte wie z. B. für das Herunterladen von Fotos und Videos und deren anschließender Nutzung und Veränderung.

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass trotz meines Widerrufs Fotos und Videos von meiner Person im Rahmen der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen des Vereins gefertigt werden können, die im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit veröffentlicht werden.

Bei Geschäftsunfähigen bzw. Minderjährigen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, ist neben der Einwilligung des Minderjährigen auch die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung erforderlich.

Mir ist bekannt, dass die Einverständniserklärungen freiwillig sind und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden können. Der Widerruf ist an oben genannte Adresse zu richten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Lebenshilfe Erlangen-Höchstadt widerruflich, die von mir/uns zu leistenden Zahlungen bei nachstehendem Kreditinstitut mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/en ich/wir das Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann/können. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Angaben zum Verwendungszweck

- Zahlungsgrund/Grund der Lastschrift:
- für Vereinsmitglied:

### Mitgliedsbeitrag Lebenshilfe Erlangen-Höchstadt (West) e.V.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Einmalige SEPA-Lastschrift

Wiederkehrende SEPA-Lastschrift

Bitte um Angabe des zutreffenden Turnus:

- monatlich
- jährlich
- je Abrechnung

Beginn des SEPA-Lastschriftmandats: \_\_\_\_\_

Start-Datum

### Zahlungsempfänger:

Lebenshilfe Erlangen-Höchstadt  
Einsteinstraße 17a  
91074 Herzogenaurach

### Zahlungspflichtige Person:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/der Kontoinhaber/in

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE 77 SPK 0000 000 5470

Bank oder Sparkasse: \_\_\_\_\_

IBAN-Nummer: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in bzw. gesetzl. Vertretung

Die Abbuchung erfolgt jährlich am 3. Werktag des fälligen Monats.

Lastschriften auf Basis dieses Mandats beinhalten immer die Mandatsreferenznummer und die Gläubiger-Identifikationsnummer, um die Kontobelastungen eindeutig diesem Mandat zuordnen zu können. Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt.