**ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT - TANZGRUPPE “ABGEFAHREN”**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Name/Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Konfektionsgröße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schuhgröße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jährlicher Mitgliedsbeitrag: ☐ Einzelbeitrag 15,00 € / Monat

☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € (anderer Betrag)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins Klippel-Feil-Syndrom – Inklusion von Menschen mit Behinderung und Benachteiligung e.V. (KLIFS e.V.) in ihrer jeweils gültigen Fassung an.

Das „Merkblatt zum Datenschutz für Vereinsmitglieder“ gemäß DSGVO habe ich erhalten und gelesen. Die Satzung, das Merkblatt zum Datenschutz für Vereinsmitglieder und der Antrag auf Mitgliedschaft stehen im Internet unter [www.klippel-feil-syndrom.com](http://www.klippel-feil-syndrom.com) zur Verfügung.

Ich bin mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung (EDV) meiner personenbezogenen Daten ausschließlich für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten zu erhalten.

**Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

Mit der Veröffentlichung meiner Bilder/Fotos, die bei Vereinsveranstaltungen gemacht werden, auf der Vereins-Homepage, in sozialen Netzwerken und in der lokalen Presse usw., bin ich ebenfalls einverstanden. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Verantwortliche für den Inhalt der Internetseite keine Haftung für Missbrauch der Bilder übernimmt. Bei Widerspruch meinerseits zur Veröffentlichung von Daten/Bildern werden diese in den digitalen Medien, auf die der Verein selbst Zugriff hat, nach spätestens 14 Tagen entfernt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats an:**

| Zahlungs-Empfänger: | Klippel-Feil-Syndrom - Inklusion von Menschen mit Behinderung und Benachteiligung e.V. (KLIFS e.V.), Paracelusstraße 23, 06114 Halle/SaaleGläubiger-ID-Nr. DE Mandantsreferenz-Nr.:  |
| --- | --- |

| Kontoinhaber  | ☐ Name, Anschrift wie umseitig angegeben oder:  |
| --- | --- |

| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |

| PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
|  |  |

|  | IBAN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SWIFT BIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |

 Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Einzugs-Ermächtigung: | Ich/Wir ermächtige/n den Verein Klippel-Feil-Syndrom – Inklusion von Menschen mit Behinderung und Benachteiligung e.V. (KLIFS e.V.), die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift vom o.g. Konto einzuziehen. |
| --- | --- |

| Mandat fürEinzug vonSEPA-BasisLastschrift | Ich/Wir ermächtige/n den Verein Klippel-Feil-Syndrom – Inklusion von Menschen mit Behinderung und Benachteiligung e.V. (KLIFS e.V.), Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kredit- -institut an, die vom Verein Klippel-Feil-Syndrom – Inklusion von Menschen mit Behinderung und Benachteiligung e.V. (KLIFS 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers