



Mitgliedsantrag

Freundeskreis Clonakilty e.V. 1991

Sonnenstr.69
63857 Waldaschaff

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundeskreis Clonakilty e.V. 1991 und erkenne die Satzung des Vereins in der jeweiligen Fassung an. Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke des Vereins erhoben, gespeichert und genutzt werden dürfen.

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

PLZ/Wohnort:

Straße:

Mailadresse (freiwillig, für Newsletter):

Jahresbeitrag:	Familienmitgliedschaft	25,00 €
	Erwachsene	15,00 €
	Jugendliche ab 14 Jahren	10,00 €

Bei unterjährigem Eintritt bis 01. Juli, ist die Hälfte des Jahresbeitrages zu entrichten.
Bei Eintritt nach dem 01. Juli erfolgt kein Beitrag im Eintrittsjahr

Die Aufnahme in den Freundeskreis Clonakilty e.V. 1991 ab dem:

§17 Datenschutzerklärung

1. Mit dem Beitritt eines Mitglieds nimmt der Verein personenbezogene Daten auf. Hierbei gilt der Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit.
2. Die Daten werden entweder in einer elektronischen Mitgliederverwaltung oder auf herkömmliche Weise in einer schriftlichen Mitgliederkartei erfasst und durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt.
3. Alle Personen, die Zugang zu Mitgliederdaten haben, d.h. insbesondere die Funktionsträger des Vereins, welche für ihre Aufgaben Mitgliederdaten erhalten, sind schriftlich auf die Wahrung des Datengeheimnisses zu verpflichten.
4. Sonstige Informationen zu den Mitgliedern und Informationen über Nichtmitglieder werden von dem Verein grundsätzlich nur verarbeitet oder genutzt, wenn sie zur Förderung des Vereinszweckes nützlich sind und keine Anhaltspunkte bestehen, dass die betroffene Person ein schutzwürdiges Interesse hat, welches der Verarbeitung oder Nutzung entgegensteht.
5. Der Vorstand macht besondere Ereignisse des Vereinslebens bekannt. Dabei können personenbezogene Mitgliederdaten veröffentlicht werden.

Vorstand:
1. Kurt Dyroff,
2. Sonja Heyn-Völker,
Geschäftsführer Armin Zwiesler
Kassier Martin Maier,
Schriftführerin Christiana Grimm
Internet-Adresse: www.freundeskreis-clonakilty.de
Email: info@freundeskreis-clonakilty.de

Vereinsregister Aschaffenburg: VR879
Freundeskreis Clonakilty e.V. 1991

Anschrift:
Sonnenstr. 69
Tel.: (06095) 4363
63857 Waldaschaff



6. Ein umfassender Datenschutz im Internet kann vom Verein nicht garantiert werden. Daher nimmt das Vereinsmitglied die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsrechtsverletzung zur Kenntnis und ist sich bewusst, dass:
 - die personenbezogenen Daten auch in Staaten abrufbar sind, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen,
 - die Vertraulichkeit, die Integrität (Unverletzlichkeit), die Authentizität (Echtheit) und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nicht garantiert ist.
7. Das einzelne Mitglied kann jederzeit gegenüber dem Vorstand seine Einwände gegen eine solche Veröffentlichung vorbringen und jederzeit schriftlich widerrufen. In diesem Fall unterbleibt in Bezug auf dieses Mitglied eine weitere Veröffentlichung.
8. Zur Wahrnehmung der satzungsmäßigen Rechte gewährt der Vorstand gegen die schriftliche Versicherung, dass die Adressen nicht zu anderen Zwecken verwendet werden, Einsicht in das Mitgliederverzeichnis.
9. Beim Austritt eines Mitgliedes aus dem Verein, werden die personenbezogenen Daten des Mitgliedes aus dem Mitgliederverzeichnis gelöscht. Sämtliche Daten des austretenden Mitglieds, die die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß der steuergesetzlichen Bestimmungen bis zu zehn (10) Jahren ab der schriftlichen Bestätigung des Austritts durch den Vorstand aufbewahrt.

SEPA – Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer DE68ZZZ00000986399
Mandatsreferenz (wird später mitgeteilt)

Ich ermächtige den Freundeskreis Clonakilty e.V. 1991, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis Clonakilty e.V. 1991 auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Kontoinhaber:

IBAN:.....

BIC:

Kreditinstitut:

Ort: Datum/Unterschrift: