



Aukamp 17 • 24794 Bünsdorf  
www.alzheimer-rd-eck.de  
info@alzheimer-rd-eck.de  
04356 - 99 99 799

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag (Seite 1 und Seite 2) an die  
**ALZHEIMER GESELLSCHAFT im Kreis RENDSBURG-ECKERNFÖRDE e.V.**  
**Aukamp 17 • 24794 Bünsdorf**

## AUFNAHMEANTRAG

Ich möchte Mitglied in der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde e.V. werden

Privatperson       Institution

.....  
Name, Vorname

.....  
Institution, Ansprechpartner

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer

.....  
Geburtsdatum

.....  
E-Mail

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

ich ermächtige die Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde e.V.  
(Gläubiger-Identifikationsnummer DE09 ZZZ00000502170)

den regelmäßig wiederkehrenden Mitgliedsbeitrag (Der Mitgliedsbeitrag beträgt bei Privatpersonen mindestens 30,00 €/Jahr, bei Institutionen mindestens 100,00 €/Jahr und ist ansonsten frei wählbar) in Höhe von \_\_\_\_\_ €/Jahr von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimer Gesellschaft Rendsburg-Eckernförde e.V. auf mein Konto eingezogene Lastschrift einzulösen.

### **Hinweis:**

*Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

.....  
Name, Vorname oder Institution des Zahlungspflichtigen

.....  
Name des Kreditinstituts

.....  
BIC

.....  
IBAN

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Spenden unter 200,00 € können Sie mittels Kontoauszug bei Ihrem Finanzamt steuerlich geltend machen.**

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Die Erhebung Ihrer im Aufnahmeantrag und im SEPA-Lastschriftmandat angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, E-Mail, dienen ausschließlich der ordnungsgemäßen Mitgliederverwaltung und beruhen auf gesetzlicher Berechtigung.

### **Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, dann kreuzen Sie diese bitte entsprechend an.

Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein**, dass die Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde e.V. mir Informationen, die den Verein betreffen per E-Mail zusendet.

.....  
E-Mail

- Ich willige ein**, dass die Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde e.V. mir Informationen, die den Verein betreffen zusendet.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

### **Rechte des Antragstellers: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

- Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, von der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde e.V. umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Sie sind gemäß Artikel 17 DSGVO jederzeit berechtigt, von der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde e.V., die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft ändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an die Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg-Eckernförde übermitteln. Es entstehen Ihnen keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

### **BANKVERBINDUNG**

**Kontoinhaber:** Alzheimer Gesellschaft im Kreis Rendsburg - Eckernförde e.V.

**IBAN:** DE49 2145 0000 0105 0797 68      **BIC:** NOLADE21RDB

**Kreditinstitut:** Sparkasse Mittelholstein