

# Fibromyalgie-Selbsthilfeverband Baden-Württemberg e.V.



Hiermit beantrage ich meine **Mitgliedschaft** ab dem Jahr **20**

☐ Frau

☐ Herr

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

E-Mail

Telefonnummer

Selbsthilfegruppe (SHG)

## Mitgliedsbeitrag pro Kalenderjahr

☐ Mitglied

40,00 €

☐ Familienangehörige/r 30,00 €

Die Höhe des Mitgliedsbeitrages wurde auf der Mitgliederversammlung festgelegt. Die Mitgliedschaft gilt für das jeweilige Kalender-Jahr (vom 01.01. bis 31.12.) und verlängert sich jeweils um ein Kalenderjahr, wenn nicht **3 Monate vor Jahresende** schriftlich mit Unterschrift gekündigt wird. Der Jahresbeitrag wird zu Beginn des Kalenderjahres von dem unten angegebenen Konto abgebucht.

Nach Art. 6, Abs. 1, lit. b) DSGVO ist die Verarbeitung personenbezogener Daten rechtmäßig, wenn diese für die Erfüllung eines Vertragsverhältnisses – hier: Mitgliedschaft im Verein – erforderlich sind

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die oben aufgeführten personenbezogenen Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und ausschließlich zu Zwecken entsprechend der Vereinssatzung (§4 a-f) erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ein vollständiger Abzug der Datenschutzerklärung des Fibromyalgie Selbsthilfeverbandes Baden-Württemberg wurde mir bei Vertragsunterzeichnung in schriftlicher Form angeboten. Eine aktuelle Version der Datenschutzerklärung kann jederzeit auf der Homepage <http://www.fibromyalgie-bw.de/> eingesehen werden.

**X**

Ort, Datum

**X**

Unterschrift

Ich stimme zu, dass mir Informationen, Hinweise auf Aktivitäten, Termine und Einladungen, per E-Mail oder per Post zugeschickt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich und ohne Angaben von Gründen hierzu widerrufen kann.

**X**

Ort, Datum

**X**

Unterschrift

Bei Austritt aus dem Verband werden die personenbezogenen Daten des Mitglieds aus der Mitgliederdatenverwaltung gelöscht. Personenbezogene Daten, die die Kassenverwaltung betreffen, werden gemäß den steuergesetzlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahre ab der schriftlichen Bestätigung des Austritts durch den Vorstand (Kassenführer) aufbewahrt. Das Mitglied hat das Recht auf Auskunft des Vereins über seine gespeicherten Daten sowie auf deren Berichtigung und Löschung (sofern nicht Art. 6, Abs. 1, lit b) oder lit. f) DSGVO betroffen ist). Dieses bezieht sich auch auf eine Einschränkung der Datenverarbeitung oder ein Widerspruch gegen eine Datenübermittlung. Eine entsprechende Anfrage ist per Textform an die Geschäftsstelle zu stellen.

Die Angaben zum Lastschriftverfahren bitte ausfüllen und unterschreiben.

## **SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE 80ZZZ00000799167

Ich ermächtige den Fibromyalgie–Selbsthilfverband Baden-Württemberg e. V. Zahlungen zu Lasten meines angegebenen Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Fibromyalgie-Selbsthilfverband Baden-Württemberg e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Der Verband behält sich ausdrücklich im Fall der Nichteinlösung die Geltendmachung der hierfür anfallenden Gebühren für Rücklastschrift, gleich aus welchem Grund, vor.

IBAN: \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

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

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

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

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift (Kontoinhaber/in)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Fibromyalgie Tag
- ☐ Messe
- ☐ Zeitschrift
- ☐ Homepage
- ☐ Telefonberatung
- ☐ Sonstiges