

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft im ATMASEVA e. V.

Vorname, Name:	Geburtsdatum:
Postanschrift:	
E-Mail:	Telefon:

Die Satzung und das Leitbild des Vereins habe ich gelesen und mich eingehend mit den darin niedergelegten Zielen und Werten beschäftigt. Ich erkenne sie als verbindliche Grundlage der Vereinsarbeit an und möchte an der Verwirklichung der Vereinsziele und des Leitbilds mitwirken.

Datenschutzbestimmungen:

Ich willige ein, dass Atmaseva e.V. die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Förderbeitragsinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen (z.B. Infopost an Mitglieder) durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/der EU-Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

ATMASEVA e.V. erhebt KEINEN Mitgliedsbeitrag. Du kannst die Vereinsarbeit aber gerne mit einem **freiwilligen Förderbeitrag** unterstützen. Wenn Du willst, kannst Du dafür einen Dauerauftrag einrichten oder uns eine Einzugsermächtigung erteilen. Nach Ablauf eines Kalenderjahres erhältst Du von uns automatisch eine Spendenbescheinigung.

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE22ZZZ00000047782. Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige Atmaseva e.V. von meinem Konto einen Spendenbetrag von **EURO _____,00**

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> einmalig | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> vierteljährlich | <input type="checkbox"/> halbjährlich | <input type="checkbox"/> jährlich |
| zum _____ | zum _____ | zum _____ | zum _____ | zum _____ |

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Atmaseva e.V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber/in):	
Straße und Hausnr.:	
PLZ und Ort:	
Geldinstitut:	BIC: _ _ _ _ _ _ _ _
IBAN: DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Ort, Datum	Unterschrift