

## Beitrittserklärung

---

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Ambulanter Hospizdienst Weil der Stadt e.V. (AHD e.V.).**

Die folgenden Mitgliedsdaten werden zum Zweck der Mitgliederverwaltung und zur Beitragszahlung durch den Verein nach Artikel 6 (1) lit. B der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhoben. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Satzung des Vereins einverstanden.

Sie haben uneingeschränkt alle in Artikel 15 DSGVO aufgeführten Rechte, insbesondere das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und/oder der Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde des Landes Baden-Württemberg.

---

Vor- und Nachname

---

Straße

---

Wohnort

---

e-mail\*

---

Geb.-Datum\*

\*Angaben freiwillig

Ich bin bereit einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro zu zahlen (Mindestbeitrag 25,- Euro).

---

Ort, Datum

Unterschrift

## Einwilligungserklärung

---

Ich bin damit einverstanden, dass ich in unregelmäßigen Abständen Hinweise auf Veranstaltungen des AHD e.V. an meine e-mail Adresse bekomme.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

---

Ort, Datum

Unterschrift

## SEPA Lastschriftmandat

---

**Gläubigeridentifikationsnummer:**

**DE92ZZZ0000387186, Mandatsreferenz: Name**

Ich ermächtige den AHD e.V. den jeweiligen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AHD e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

---

Kontoinhaber

---

Anschrift (nur falls abweichend)

---

Name der Bank

---

IBAN

---

Ort, Datum

Unterschrift

## Einwilligungserklärung zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten

---

Aufgrund der in Kraft getretenen Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist für die Verarbeitung meiner oben genannten personenbezogenen Daten meine Einwilligung erforderlich. Ich willige hiermit gegenüber dem AHD e.V. ein, dass meine Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Beitragszahlung gespeichert werden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Verantwortlich im Sinne der Verordnung ist der AHD e.V., vertreten durch den jeweils amtierenden Vorstand.

Vorname, Name, Straße, Wohnort, e-mail – siehe Beitrittserklärung  
Kontoinhaber, Anschrift, IBAN – siehe SEPA-Lastschriftmandat

Meine Einwilligung geschieht freiwillig und kann jederzeit durch mich widerrufen werden. Ich bin/wurde über meine Rechte, die ich nach der DSGVO habe, informiert. Die dort aufgeführten Rechte kann ich jederzeit gegenüber dem Vorstand des Vereins geltend machen.

---

Ort, Datum

Unterschrift