



Verein für Obstbau, Garten- und Landschaftspflege

**OBERTEISENDORF**

Maria-Anna Kern, Weidacherfeld 21, 83317 Teisendorf

## Beitrittserklärung

Nachname

Vorname

Straße

PLZ

Ort

Geburtsdatum

E-Mail

Abo für Gartenratgeber zum Preis von derzeit 17,80 € jährlich ist erwünscht:

ja

nein

***Ich erkläre hiermit meinen Beitritt bzw. den Beitritt meines Kindes zum Verein für Obstbau, Garten- und Landschaftspflege Oberteisendorf.***

**Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 9,00 € für das erste Familienmitglied (für weitere Familienmitglieder 5,00 €).**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Mitglieds
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter/bei Kindern: <b>beide</b> Erziehungsberechtigte

## Datenschutzbestimmung

Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Funktion im Verein und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung von Daten an die Dachorganisation 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, bzw. 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Mitglieds
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter/bei Kindern: <b>beide</b> Erziehungsberechtigte

# Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Fotos und Filmaufnahmen

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto- und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen, Berichte, in Printmedien, Neuen Medien und auf der Internetseite des Vereins und seinen übergeordneten Verbänden unentgeltlich verwendet werden dürfen. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahmen an Dritte außer der Dachorganisation des Vereins ist unzulässig. Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Mitglieds
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter/bei Kindern: <b>beide</b> Erziehungsberechtigte

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger-ID	<input type="text" value="DE91ZZZ00000341129"/>	Mandatsreferenz	<input type="text" value="wird separat mitgeteilt"/>
IBAN	<input type="text" value="DE__ / ____ / ____ / ____ / _____"/>		
BIC	<input type="text" value="____ / ____"/>		
Bankname	<input type="text"/>		

Ich ermächtige den Verein für Obstbau, Garten- und Landschaftspflege Oberteisendorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein für Obstbau, Garten- und Landschaftspflege Oberteisendorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der erste Beitrag wird in 14 Tagen abgebucht. Die weiteren Jahresbeiträge sind zum 05.01. des lfd. Jahres fällig.

### Hinweis

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

Falls der/die Kontoinhaber/in nicht das oben genannte Vereinsmitglied ist:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von   
Name, Vorname

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber/in

## ***Gesundheitsabfrage*** (nur für minderjährige Mitglieder)

---

Mein Kind leidet an folgenden Krankheiten/Allergien:

und muss folgende Medikamente einnehmen:

Wundstarrkrampfschutz durch Impfung ist vorhanden bis:

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen erfolgt sind.

Ort

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten