

# Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V., bei und erkenne deren Satzung an.

## Persönliche Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Falls vom Antragsteller abweichend:

Name, Vorname der Betroffenen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Jahresbeitrag

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> unmittelbar vom UTS betroffen:               | 55,00 €   |
| <input type="checkbox"/> zusätzlicher Beitrag für Ehe-/Lebenspartner  | 20,00 €   |
| <input type="checkbox"/> mittelbar vom UTS betroffen (siehe Satzung): | 65,00 €   |
| <input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft:                        | 65,00 €   |
| <input type="checkbox"/> freiwillige, zusätzliche Spende:             | + _____ € |
| <input type="checkbox"/> ermäßigter Beitrag*:                         | 35,00 €   |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung *                          |           |

\* Eine Beitragsermäßigung oder –befreiung wird für SchülerInnen, Auszubildende, StudentInnen oder bei sonstigen geringen Einkünften genehmigt. Ein entsprechender Nachweis ist dieser Beitrittserklärung beizufügen.

## Zahlungsweise

Mit der untenstehenden Unterschrift wird die Einzugsermächtigung für die Abbuchung des

**Gesamtjahresbeitrages in Höhe von \_\_\_\_\_ €** bis auf Widerruf (zum 30.04. jeden Jahres) vom unten genannten Konto erteilt.

# Beitrittserklärung

## Datenschutzbestimmungen

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 und deren Vorstandsmitgliedern verarbeitet (Erhebung, Speicherung, Veränderung, Abfrage, Verwendung, Abgleich und Vernichtung) und genutzt werden.

Bitte kreuzen Sie an wenn Sie einverstanden sind:

- Ich willige ein
- Ich willige nicht ein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Mitgliedes oder des gesetzlichen Vertreters

Eine Übermittlung von Daten intern an Mitglieder und Regionalgruppen und/oder extern an Kontaktsuchende, die Informationen über das Turner Syndrom suchen, findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegten Zwecke statt.

Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zwecke der Organisation.

Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt.

Ich willige ein, meine Kontaktdaten (bitte kreuzen Sie an wenn Sie einverstanden sind):

- intern an Mitglieder und Regionalgruppen zu übermitteln
- extern an Kontaktsuchenden zu übermitteln

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Mitgliedes oder des gesetzlichen Vertreters

Bitte beachten Sie:

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/ 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.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

# Beitrittserklärung

## 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 Vereines und seinen übergeordneten Verbänden unentgeltlich verwendet werden dürfen.

Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahme an Dritte außer des Vereins ist unzulässig.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte kreuzen Sie an wenn Sie einverstanden sind:

- Ich willige ein
- Ich willige nicht ein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Mitgliedes oder des gesetzlichen Vertreters

# Beitrittserklärung

## SEPA-Lastschriftenmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06UTS00000709416

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V., meinen Mitglieds-/Spendenbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland 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.

_____	_____
Bank	Kontoinhaber
_____	_____
BIC	IBAN
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

Die Mitgliedschaft beginnt zum 01. des Folgemonats.

### **Bitte zusenden an:**

**Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V.  
c/o Wolfgang Schmidt  
Am Bornstück 1  
65599 Dornburg**