**Aufnahmeantrag**  

**Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e.V.**

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name, Vorname) meine Aufnahme in den Verein Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e.V. mit einem Jahresbeitrag in Höhe von EUR \_\_\_\_\_. Der Beitrag wird innerhalb von zwei Wochen nach Beitrittserklärung fällig und ist danach zum 01.06. des laufenden Jahres fällig.

**(Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt mind. 30,00 € / für juristische Personen sowie Personengesellschaften mind. 120,00 € pro Kalenderjahr – siehe Beitragsordnung Punkt 1)**

Meine Kontaktdaten:

Firma:

Name, Vorname (bei Firma vertretungsberechtigte Person angeben):

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

**Einwilligung in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten.**

Ich erkläre mein Einverständnis zur Erhebung, Speicherung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten, soweit dies für die Mitgliedschaft im Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e.V. erforderlich ist. Die beigefügten Informationen zum Datenschutz habe ich verstanden und zur Kenntnis genommen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber dem Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e.V. ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt. Der Widerruf gilt allerdings nicht rückwirkend, sondern erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser erklärt wurde. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Wiederkehrende Zahlungen

Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e.V., Ketziner Str. 19, 14641 Nauen

Kontaktdaten Antragende\*r: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e. V Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die durch den Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e: V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |
| --- |
| [Kontoinhaber\*in] |

|  |
| --- |
| [Kreditinstitut] |

|  |  |
| --- | --- |
| [BIC] | [IBAN] |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

**Hinweise zur Datenschutzerklärung**

Der Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e.V. ist verpflichtet, Sie über Zweck, Umfang, Art der Erhebung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten zu informieren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an den Verantwortlichen im Sinne der DSGVO wenden.

Personenbezogene Daten, wie Name, Anschrift, Geburtsdatum und Daten für das SEPA-Lastschrifteinzugsverfahren werden beim Beitritt zum Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e.V. erhoben und gespeichert. Die gespeicherten Daten werden verwendet, um Mitgliedsbeiträge zu erheben, zu den Mitgliederversammlungen einzuladen und die in der Satzung des Vereins beschriebenen Aufgaben zu erfüllen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist § 6 Abs. 1 DSGVO. Die Daten werden bei Beendigung der Mitgliedschaft oder bei Widerruf Ihrer Einwilligung gelöscht.

1. **Verantwortlicher im Sinne der DSGVO**

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO ist der Vorstandsvorsitzende des Hospiz- und Palliativhilfe Havelland e.V., Herr Thilo Spychalski, Ketziner Str. 19, 14641 Nauen.

1. **Recht auf Auskunft über die Daten, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung oder eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung sowie Recht auf Widerspruch gegen die Übertragbarkeit von Daten**

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d.h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Sie haben das Recht auf Auskunft zu den zu Ihrer Person verarbeitenden Daten, auf Berichtigung der Daten, auf Löschen sowie ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten sowie ein Recht auf Übertragbarkeit von Daten.

1. **Recht auf Widerruf der Einwilligung in die Verarbeitung von Daten**

Ihnen steht ein Recht auf Widerruf der Einwilligung in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu. Durch die Ausübung des Widerrufs entfällt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von personenbezogenen Daten vor dem Widerruf.

1. **Aufsichtsbehörde**

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 DSGVO. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen.