

Beitrittserklärung

(Bitte in Blockschrift ausfüllen !)

Vorname, Name _____

Anschrift _____

Geburtstag* _____

Telefon* _____

E-Mail* _____

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in den Cooperative Mensch e.V.

Verein zur Förderung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Körper- und Mehrfachbehinderung

Zutreffendes bitte ankreuzen !

Mitgliedsbeiträge und Spenden an den Cooperative Mensch e. V. sind steuerlich abzugsfähig.

- Ich zahle den regulären Jahresbeitrag in Höhe von 72,00 €.
- Ich zahle freiwillig einen höheren Jahresbeitrag in Höhe von _____ €.
- Ich zahle den reduzierten Jahresbeitrag in Höhe von 36,00 €
für Schüler, Studenten, Rentner, Auszubildende, Arbeitslose, Schwerbehinderte und Sozialhilfeempfänger (ein entsprechender Nachweis liegt der Beitrittserklärung bei).
- Mein Beitrag soll durch jederzeit widerrufbare Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto eingezogen werden.
Dazu füllen Sie bitte das Formular „Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats“ aus.
- Mein Beitrag wird von mir auf das Vereinskonto bei der Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE64 3702 0500 0003 3737 07 überwiesen.
- Ich zahle im Beitrittsjahr anteilig nur für die Monate nach meinem Beitritt.

Besondere Interessen*:

* freiwillige Angabe

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten unter Beachtung des Datenschutzrechts, insbesondere der Regelungen der DSGVO, zum Zwecke der Verwaltungstätigkeit des Cooperative Mensch e.V. erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt an den Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. in Düsseldorf zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Versendung der BVKM-Zeitschrift.

Eine Weitergabe an weitere Dritte und der Verkauf an Dritte ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Die Einwilligung ist jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Geschäftsstelle des Cooperative Mensch e.V. widerrufbar. Im Falle eines Widerrufs werden alle Daten mit dem Zeitpunkt des Zugangs des Widerrufs gelöscht, sofern dem keine gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen.

Datum

Unterschrift

Die Angabe zu einer eigenen Behinderung oder zur Behinderung eines Angehörigen ist freiwillig. Ihr kommt ein besonderes Schutzbedürfnis zu. In Bezug auf diese Daten muss deshalb eine eigenständige Einverständniserklärung abgegeben werden.

Angabe einer eigenen Behinderung oder Name des körper- und mehrfachbehinderten Angehörigen*:

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zu einer eigenen Behinderung oder zur Behinderung eines Angehörigen unter Beachtung des Datenschutzrechts, insbesondere der Regelungen DSGVO, zum Zwecke der Verwaltungstätigkeit des Cooperative Mensch e. V. erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Eine Weitergabe der Daten an weitere Dritte und der Verkauf an Dritte ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Die Einwilligung ist jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Geschäftsstelle des Cooperative Mensch e. V. widerrufbar. Im Falle eines Widerrufs werden alle Daten mit dem Zeitpunkt des Zugangs des Widerrufs gelöscht, sofern dem keine gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen.

Datum

Unterschrift

*** freiwillige Angabe**

Erteilung einer Einzugsermächtigung / eines SEPA-Lastschriftmandats

Cooperative Mensch e.V., Schlangenbader Straße 18, 14197 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer DE87ZZZ00000785558

Ich ermächtige die Cooperative Mensch e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Cooperative Mensch e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

.....
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

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.

..... BIC: _____ | ____
Kreditinstitut (Name)

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

.....
Ort, Datum / Unterschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich die Cooperative Mensch e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.