

BEITRITTSERKLÄRUNG

Bitte ausgefüllt senden an:

Children Care Uganda Deutschland e.V., Rosa-Buchbinder-Straße. 19, 97074 Würzburg

oder per E-Mail an:

deutschland@childrencareuganda.org

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Children Care Uganda Deutschland e.V.

(Pro Person bitte eine Beitrittserklärung ausfüllen. Möchte Ihr (Ehe-)Partner auch dem Verein beitreten, bitte ein weiteres Formular nutzen.)

Mitgliedsdaten:

Ich möchte ein **aktives Vereins-Mitglied** werden und möchte den Verein **durch eine oder mehrere der folgenden Aktivitäten** unterstützen (Zutreffendes bitte ankreuzen und handschriftlich ergänzen):

Schriftverkehr und Buchhaltung: _____

Spendenaktionen wie z. B. Weihnachtsbasar, Spendenläufe, Verkäufe zugunsten des Vereins, Kollekten in Gemeinden oder Sportvereinen: _____

Social Media, Homepage-Überarbeitung und Aktualisierung: _____

Werbung, Vernetzungsarbeit: _____

Zusätzlich zum Jahresbeitrag (50,- €) möchte ich monatlich _____ € an Children Care Uganda Deutschland e.V. spenden (Details siehe unten)

Sonstiges: _____

Ich möchte ein **passives Vereins-Mitglied** werden und den Verein durch finanzielle Mittel unterstützen. Hierfür möchte ich zum Jahresbeitrag (50,- €) monatlich zusätzlich _____ € an Children Care Uganda Deutschland e.V. spenden (Details siehe nächste Seite).

- Ich möchte **als Einzelperson** beitreten (Jahresbeitrag 50,-€)
- Ich möchte **zusammen mit meinem/r Partner:in** beitreten (Jahresbeitrag 80,-)
- Wir möchten als Familie – Elternteil/Elternteile + Kind/Kinder – beitreten (Jahresbeitrag 80,-)

Vor- und Nachname/Geburtsdatum (Einzelmitglied):

ggfs. Vor- und Nachname/Geburtsdatum Partner/in:

ggfs. Vor- und Nachname/n/Geburtsdatum Kind/er:

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____

E-Mail-Adresse _____

Wenn gewünscht, bitte ankreuzen:

- Hiermit willige ich ein, dass Children Care Uganda Deutschland e.V. mir regelmäßig den Newsletter per E-Mail sendet. Der weiteren Übersendung kann ich jederzeit gegenüber Children Care Uganda Deutschland e.V. widersprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass Children Care Uganda Deutschland e.V. die erhaltenen Daten gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Sie haben das Recht, der Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten für die Zwecke der Werbung für die Zukunft zu widersprechen. Für Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung oder Widerspruch wenden Sie sich bitte an deutschland@childrencareuganda.org.

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

- Der jährliche Beitrag beträgt: 50 € (fünfzig Euro) für Einzelmitgliedschaft
- Der jährliche Beitrag beträgt: 80 € (fünfzig Euro) für Paar bzw. Familienmitgliedschaft
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß der Satzung und den Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Bankverbindung des Vereins Children Care Uganda Deutschland e.V.

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto **oder** füllen Sie das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat aus (für Lastschrift-Einzug ist E-Mailadresse notwendig, um den Einzug anzukündigen).

Kreditinstitut: Sparkasse Mainfranken Würzburg, Kontoinhaber: Children Care Uganda Deutschland e.V.
Verwendungszweck: Jahresbeitrag Verein, IBAN: DE50 7905 0000 0048 7790 86

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

SEPA- Lastschriftmandat (hierfür ist Angabe der Mailadresse notwendig)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00002309991

Hiermit ermächtige ich den Verein Children Care Uganda Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Children Care Uganda 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.

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)