



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die „THW-Helfervereinigung Alzey e.V.“ als

- **Aktives Mitglied:** Jahresbeitrag 6€

- **Fördermitglied:** Jahresbeitrag: \_\_\_\_\_ € (Mindestbeitrag 20€)

Angaben für die Mitgliedskartei:

(Angaben werden gemäß DSGVO behandelt, siehe Datenschutzerklärung)

Vor- / Nachname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ (notwendig)

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

---

Ort

Datum

Unterschrift

Anhang (zwingend erforderlich):

- Datenschutzerklärung
- SEPA Lastschriftmandat

# Erklärung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Verantwortlich für die Datenerhebung, -speicherung -löschung und Auskunftsanfragen:

1. Vorsitzender  
Karl-Heinz-Kipp-Straße 14  
55232 Alzey

Die THW-Helfervereinigung Alzey e.V. speichert und verarbeitet von deren Mitgliedern personenbezogene Daten für die notwendigen Tätigkeiten des Vereins.

Erhobene und gespeicherte Daten der Mitglieder:

- Name
- Adresse
- Geburtsdatum
- Eintrittsdatum
- Bankverbindung
- EMail-Adresse
- Ggf. telefonische Erreichbarkeit

Notwendige Tätigkeiten im Verein:

- Mitgliederverwaltung
- Beitragsverwaltung

Die persönlichen Daten der Mitglieder werden nach dem Austritt gelöscht / vernichtet. Abbuchungen / Spendenbescheinigungen und Ähnliches werden aufgrund der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist (10 Jahre) aufgehoben und danach gelöscht / vernichtet.

Auskunftsanfragen:

Jedes Mitglied hat das Recht auf Auskunft und Auflistung aller personenbezogenen Daten, die der Helferverein über ihn gespeichert hat.

Dafür bitte per Mail den 1. Vorsitzenden anschreiben und der Vorstand wird versuchen so schnell wie möglich alle Daten zusammenzusuchen und per Post zuzusenden.

Bei Unklarheiten und Fragen bitte an den 1. Vorsitzenden wenden.

Die Datenverarbeitungserklärung habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit der Speicherung der Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_  
NAME

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

THW Helfervereinigung Alzey e.V.  
Karl-Heinz-Kipp-Straße 14  
55232 Alzey

Mail: thw-helfervereinigung-alzey@web.de

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE82ZZZ0001965168

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
THW Helfervereinigung Alzey e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
THW Helfervereinigung Alzey e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können 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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

THW Helfervereinigung Alzey e.V.  
Karl-Heinz-Kipp-Straße 14  
55232 Alzey  
  
Mail: thw-helfervereinigung-alzey@web.de

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE8ZZZ0001965168

Mandatsreferenz

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
THW Helfervereinigung Alzey e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
THW Helfervereinigung Alzey e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können 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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.