

Beratungszentrum Oberfranken für Menschen nach erworbener Hirnschädigung e. V.



<p>im MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel Jakob-Herz-Str. 1 95445 Bayreuth</p> <p>Tel.: 0921 309-527 oder 500 Fax: 0921 309-201</p> <p>E-Mail: info@b-z-o.de</p> <p>Das "Beratungszentrum Oberfranken für Menschen nach erworbener Hirnschädigung e. V." ist mit Datum des 24.03.2016 beim Amtsgericht Bayreuth eingetragen worden.</p> <p>Der Jahresbeitrag beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24,00 € für Einzel-Mitgliedschaft • 36,00 € für Familien-Mitgliedschaft (beinhaltet Ehepartner , Kinder und Enkelkinder) •€ für Fördermitglieder (ab 50,00 € Förderbeitrag erhalten Sie eine Zuwendungsbescheinigung) <p>Beiträge und Spenden sind steuerlich begünstigt.</p> <p>Bankverbindung: VR Bank Bayreuth-Hof eG IBAN: DE34 7806 0896 0006 052860 BIC: GENODEF1H01</p> <p>Kündigung kann jeweils 6 Wochen zum Jahresende erfolgen.</p> <p>Die Einzugsermächtigung kann ich/können wir jederzeit widerrufen.</p> <p>Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keinerlei Verpflichtung zur Einlösung.</p>	<h2 style="margin-top: 0;">Beitrittserklärung</h2> <p>Ich/wir möchte(n) dem Verein "Beratungszentrum Oberfranken für Menschen nach erworbener Hirnschädigung e. V." beitreten als:</p> <p><input type="radio"/> Einzel-Mitgliedschaft</p> <p><input type="radio"/> Familien-Mitgliedschaft (bitte Familienmitglieder auf Rückseite angeben)</p> <p><input type="radio"/> Fördermitglied</p> <hr/> <p>Name</p> <hr/> <p>Vorname(n)</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ/Wohnort</p> <hr/> <p>Telefon (priv./dienstl.)</p> <hr/> <p>Geburtsdatum</p> <hr/> <p>Mit meinem/unserem Beitritt erkläre(n) ich mich/wir uns einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) auf dem elektronischen Datenträgern des BZÖ's gespeichert und verarbeitet werden dürfen.</p> <hr/> <p>Ort, Datum Unterschrift</p> <hr/> <h2 style="margin-top: 20px;">Einzugsermächtigung</h2> <p>Den Mitgliedsbeitrag bitte(n) ich/wir im Voraus von meinem/unserem Girokonto/Postkonto durch Lastschrift einzuziehen.</p> <hr/> <p>IBAN</p> <hr/> <p>BIC / Kreditinstitut</p> <hr/> <p>Name des Kontoinhabers</p> <hr/> <p>Ort, Datum Unterschrift(en)</p> <hr/>
--	---

Bitte nächste Seite beachten!



Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Für die Datenverarbeitung ist verantwortlich:

Bayerisches Rotes Kreuz; BRK-Kreisverband
Beratungszentrum Oberfranken für Menschen nach erworbener Hirnschädigung e.V.
Jakob-Herz-Str. 1, 95445 Bayreuth; Tel: 0921 309500, Fax: 0921 309201;
EMail: info@b-z-o.de

Unseren Datenschutzkoordinator erreichen Sie unter der o.g. Adresse. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist: Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München

Das Beratungszentrum Oberfranken für Menschen nach erworbener Hirnschädigung e.V. speichert Ihre Daten unter Einhaltung der Vorgaben des Datenschutzes. Es ist unbefugten Personen oder anderen Unternehmen nicht gestattet, auf Ihre Daten zuzugreifen. Ebenso erfolgt ohne eine gesetzliche Grundlage oder ohne Ihr Einverständnis keine Weitergabe der Daten an Dritte.

Sie haben das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO)

Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

Ja, ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte nächste Seite beachten!

Bitte bei der Wahl zur Familienmitgliedschaft EhepartnerIn und Kinder mit Namen, Anschrift und Geburtsdatum angeben:

Name

Vorname(n)

Straße

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Name

Vorname(n)

Straße

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Name

Vorname(n)

Straße

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Name

Vorname(n)

Straße

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum