



## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich,

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Geburtsdatum

---

Telefon/Email

die Aufnahme in den Verein „Health for Uganda/Africa e.V. Weilburg“ unter Anerkennung und Beachtung der Satzung, der Beitragsordnung, sowie der angegebenen Beitragssätze.

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens:

Jugendliche, Schüler, Studenten und Azubis:	15,00 €
Erwachsene:	25,00 €
Als Jahresbeitrag zahle ich freiwillig:	€

Zahlungstermin ist jährlich zum 01.01.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift, wenn möglich elektronisch  
(Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)

### **Datenschutzrechtlicher Hinweis**

Mit der Beitrittserklärung wird unter Hinweis auf die zur Kenntnis genommene Satzung und die auf unserer Homepage einsehbaren Informationen zum Datenschutz darin eingewilligt, dass die für die Durchführung der Mitgliedschaft erforderlichen Daten, zumindest Vor- und Zuname, Anschrift und Bankverbindung, sowie alle sonstigen freiwilligen Angaben auf dem Beitrittsformular durch den Verein gespeichert und zum Zwecke der Vereinsarbeit, bis auf ausdrücklichen Widerruf oder bis zum Ende der Mitgliedschaft, verarbeitet werden dürfen.

### **Teilnahme an Vereinsveranstaltungen**

Mit der Beitrittserklärung wird darin eingewilligt, dass Lichtbildaufnahmen von Vereinsveranstaltungen zum Zwecke des Vereins in den Organen des Vereins und in anderen Medien bis auf ausdrücklichen Widerruf veröffentlicht werden. Für das Herunterladen und Weiterverbreiten der Bilder durch Dritte übernimmt **Health for Uganda /Africa e.V.** keine Verantwortung.

Im Falle des Widerrufs werden Bilder von der Homepage des Vereins **Health for Uganda /Africa e.V.** entfernt. Ferner wird darin eingewilligt, dass Mitgliederdaten für die Ausrichtung einer Vereinsveranstaltung in dem erforderlichen Umfang bis zum Widerruf auch an andere Mitglieder des Vereins weitergegeben werden dürfen.



## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 49ZZZ00001457385**

**Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger **Health for Uganda/Africa e.V. Weilburg** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Health for Uganda/Africa e.V. Weilburg 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

---

Name, Vorname (Kontoinhaber)

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

IBAN

---

BIC:

---

Datum

---

Unterschrift,  
wenn möglich elektronisch