



# AUFNAHMEANTRAG FÜR VEREINSMITGLIEDER

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Verein „OPEN YOUR EYES e.V.“.

## Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

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

Die Aufnahme in den Verein wird beantragt ab:

## Mitgliedsbeitrag

Jahresbeitrag: 60,- EUR

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrags von 60,00 Euro erfolgt jährlich per Einzugsermächtigung.

## Aufnahme

Die Aufnahme in den Verein erfolgt auf Beschluss des Vorstandes.

## Regulation des Vereins

Ich erkenne mit meiner Unterschrift die Satzung des Vereins sowie die Festsetzung der Beiträge in der jeweils günstigen Fassung an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, die Satzung des Vereins in ihrer aktuell gültigen Fassung erhalten zu haben.

## Einwilligung in den Versand von Rundschreiben

Ich bin damit einverstanden, dass ich Rundschreiben des Vereins erhalte. Diese Einwilligung kann von Ihnen jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von Erhalt des Widerrufs bleibt hiervon unberührt.

## Datenschutzhinweise

Der Schutz personenbezogener Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Deshalb achten wir auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben, welche sich insbesondere aus der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und aus dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ergeben. In der beigefügten Anlage informieren wir Sie über die Einzelheiten der von uns zur Erfüllung der Vereinsmitgliedschaft durchgeführten Erhebung personenbezogener Daten und Ihrer jeweiligen Rechte als betroffene Person.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)



## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich den Verein „OPEN YOUR EYES e.V.“ widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag und die sonstigen Beiträge und Gebühren, die gemäß Vereinssatzung oder Beitragsordnung zu leisten sind, bei Fälligkeit von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „OPEN YOUR EYES 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.

Name des Kontoinhabers:  
Straße, Hausnummer:  
PLZ, Ort:  
IBAN:  
BIC:  
Name des Kreditinstituts:

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

---

Ort, Datum, Unterschrift