



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM LANDESVERBAND

Ich beantrage meine Aufnahme in den Landesverband Bayern e. V. der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz, Frauentorgraben 73, 90443 Nürnberg, Tel. 0911 4466784 (Fax. 0911 2723501) als (bitte auswählen):

**Ordentliches Mitglied:**

Möglich für alle örtlichen und regionalen Alzheimer Gesellschaften sowie Alzheimer-Selbsthilfegruppen, die sich für die Interessen Demenzerkrankter und ihrer pflegenden Angehörigen einsetzen.

**Der Jahresbeitrag beträgt für ordentliche Mitglieder, je Einzelmitglied mindestens 2,- € jedoch höchstens 100,- €.**

**Förderndes Mitglied:**

Möglich für Einzelpersonen oder juristische Personen werden, die die Arbeit des Landesverbandes ideell und finanziell unterstützen möchten. Sie haben kein Stimmrecht. **Der Jahresbeitrag beträgt für natürliche Personen einen Beitrag nach eigenem Ermessen, aber mindestens 40,- €. Der Jahresbeitrag beträgt für juristische Personen einen Beitrag nach eigenem Ermessen, aber mindestens 100,-€.**

Name/Gruppe/Verein: \_\_\_\_\_

Anzahl der Mitglieder: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

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

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

- Die Vereinsatzung des Landesverband Bayern e. V. der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz ist mir bekannt und mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung an.
- Durch die Mitgliedschaft werde ich in den Verteiler der Dt. Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V. Selbsthilfe Demenz aufgenommen und erhalte somit alle wichtigen Informationen des Landesverbandes.
- Datenschutzerklärung (gemäß EU-DSGVO vom 25.05.2018): Ich stimme zu, dass die Mitarbeitenden des Landesverband Bayern e. V. der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz die für die Mitgliederverwaltung notwendigen Daten erheben, elektronisch speichern und für statistische Zwecke anonymisiert auswerten. Bei Änderungen dieser Daten (Name, Adresse, Bankverbindung) informiere ich den Verein unverzüglich. Meine Zustimmung zur Datenspeicherung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit Anspruch auf Auskunft über die von mir erhobenen Daten habe (§83 SGB X). Die Einwilligung zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung kann jederzeit widerrufen werden. Schreiben Sie dazu eine E-Mail an [info@alzheimer-bayern.de](mailto:info@alzheimer-bayern.de). Ein solcher Widerruf kann den Ausschluss aus dem Verein zur Folge haben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Die Zahlung des Beitrags erfolgt durch:**

- Überweisung: IBAN: DE81 7605 0101 0001 8318 76; BIC: SSKNDE77XXX, Stadtparkasse Nürnberg
- Lastschrifteinzug von meinem Konto (Einzugsermächtigung anbei, diese kann jederzeit widerrufen werden)

### Einzugsermächtigung

Name und Anschrift des Mitgliedes: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige hiermit die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V. Selbsthilfe Demenz widerruflich den von mir jeweils zu entrichtenden Jahresbeitrag von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_ \_ \_ \_ \_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



## ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATES

Ich ermächtige die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V. Selbsthilfe Demenz, Zahlungen von meinem Konto mittels wiederkehrender Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V. Selbsthilfe Demenz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger: Deutsche Alzheimer Gesellschaft  
Landesverband Bayern e. V. Selbsthilfe Demenz  
Frauentorgraben 73  
90441 Nürnberg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 56ZZZ00000826371

Ihre Mandatsreferenz: wird nachträglich bekannt

*Kontoinhaber (Name, Vorname):* \_\_\_\_\_

*Straße, Hausnummer:* \_\_\_\_\_

*Postleitzahl, Ort:* \_\_\_\_\_

*Name des Kreditinstituts:* \_\_\_\_\_

*IBAN:* DE \_ \_ - - - - - - - - - -

*Ort, Datum* \_\_\_\_\_

*Unterschrift* \_\_\_\_\_



## DATENSCHUTZ

### Zustimmungserklärung für Mitglieder

Ich \_\_\_\_\_ willige ein,  
*(Vorname, Name bzw. Name der Institution)*

dass die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie **Name, Vorname, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Art der Mitgliedschaft und Bankverbindung** ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V. Selbsthilfe Demenz verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Eine Datenübermittlung an Mitgliedsverbände und zuarbeitende Firmen findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegten Zwecke statt. Diese Datenvermittlung ist notwendig zum Zwecke der Organisation.

Eine Datenübermittlung an Dritte sowie die Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit diese nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben der Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat ein Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

#### Widerrufsrecht

Diese Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Die Kontaktdaten hierzu entnehmen Sie bitte unserer Internetseite/dem Impressum der Datenschutzerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift