



Hiermit erkläre ich mich zum _____ meinen

Beitritt zu Dem Kinderschutzbund OV Solingen e.V.

(inkl. kostenlosem Bezug von Kinderschutz *aktuell*)

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von _____ Euro zu zahlen
(*mindestens 25 Euro*)

Name, Vorname

Geb. am

PLZ/Wohnort

Straße/ Hausnr.

Telefon

E-Mail

Datenschutzerklärung:

Ich willige ein, dass der Kinderschutzbund Ortsverband Solingen e.V., als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Namen, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung von Teilen dieser Daten an den DKSB Bundesverband findet nur im Rahmen der in der Satzung des Bundesverbandes festgelegten Zwecke statt. Diese Datenübermittlungen sind notwendig zum Zweck der Versendung der vereinsinternen Zeitschrift „Kinderschutz *aktuell*“. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb des Bundesverbandes, findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Neben dem Recht auf Auskunft bezüglich der zu seiner Person bei dem Verantwortlichen (Der Kinderschutzbund OV Solingen e.V.) gespeicherten Daten hat jedes Mitglied, im Rahmen der Vorgaben der DSGVO, das Recht, der Speicherung der Daten, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für bestimmte Zeiträume vorgehalten werden müssen, für die Zukunft zu widersprechen. Ferner hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

- Ich möchte über die aktuellen Veranstaltungen und Aktionen vom Kinderschutzbund Ortsverband Solingen e.V. per Mail informiert werden
- Ich bin bereit, bei Aktionen und Veranstaltungen aktiv mitzumachen und möchte diesbezüglich kontaktiert werden

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____

Der Kinderschutzbund Ortsverband Solingen e.V.

Amtstor 4,42651 Solingen

Tel. 0212-18393

info@kinderschutzbund-solingen.de

Bitte Zurück per Post im Original an



Der Kinderschutzbund
Ortsverband Solingen

Der Kinderschutzbund
Ortsverband Solingen e.V.
Amtstor 4
42651 Solingen

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Der Kinderschutzbund OV Solingen e.V.

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE 92ZZZ00000180964

Mandatreferenz: _____

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Ich/wir ermächtige/n den Kinderschutzbund OV Solingen e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Kinderschutzbund OV Solingen 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ/ Ort

IBAN

BIC

Datum/Ort _____ Unterschrift _____