

Beitrittserklärung (zum Ausdrucken)



Blinden und Sehbehindertenverein
Schleswig-Holstein e. V. (BSVSH)
Memelstr. 4
23554 Lübeck

Ich möchte Mitglied im BSVSH werden (Gewünschtes ankreuzen)

als Mitglied

Sie sind blind, sehbehindert oder von einer Augenkrankheit in Ihrem Sehen beeinträchtigt oder gefährdet;
Jahresbeitrag ab 2024 **108 €**

als Fördermitglied

für alle übrigen Personen sowie juristische Personen mit einem freiwilligen Beitrag von(bitte einen Betrag einfügen, Mindestbeitrag **54 €**)

Eintrittsdatum *

Vorname Name *

Straße Haus-Nr *

PLZ Wohnort *

Adresszusatz / Land *

Geburtsdatum *

Tel.

Mobil

E-Mail

***) Felder mit Sternchen bitte unbedingt ausfüllen**

Ich bin damit einverstanden, Einladungen und Informationen per E-Mail statt per Post zu erhalten.

Ja_____ nein_____ (bitte ankreuzen)

***)** Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des Vereins findet nicht statt. Als Mitglied erhalte ich automatisch Informationen über Veranstaltungen und Aktivitäten des Vereins.

Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden meine Mitgliedsdaten gelöscht. Sollte die Mitgliedschaft nicht zustande kommen, werden die Daten innerhalb von sechs Monaten gelöscht.

Mir stehen die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch zu. Wenn ich glaube, dass die Verarbeitung meiner Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder datenschutzrechtliche Ansprüche verletzt worden sind, kann ich mich bei einer Datenschutzbehörde beschweren.

Ort, Datum, Unterschrift _____

Raum für Ihre Anmerkungen: