

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die **Altdorfer Freiwilligenagentur (AlFa) e.V.** zum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Nr.

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

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

Ich beantrage die Aufnahme

- zum Regelbeitrag von **20,- Euro / Jahr** (Privatpersonen)
- zum Regelbeitrag von **100,- Euro / Jahr** (Firmen, Verbände, Institutionen, etc.)
- beitragsfrei** - gilt nur für Jugendliche unter 18 Jahren

Die Satzung des Vereins wurde mir ausgehändigt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / bei Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr zusätzlich Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

### Datenschutzerklärung gemäß EU-DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein meine personenbezogenen Daten, die zur Erfüllung des Zwecks ‚Förderung des bürgerschaftlichen Engagements‘ benötigt werden, für die Dauer der Mitgliedschaft erhebt, verarbeitet und nutzt. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass dies unter Beachtung der EU-DSGVO geschieht. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern, bzw. jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft schriftlich an den Verein widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden mit Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten vom Verein gelöscht. Die Datenschutzerklärung der AlFa e.V. wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / bei Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr zusätzlich Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

### Einzugsermächtigung zum Bankeinzug mittels SEPA Lastschrift:

Gläubiger ID **DE75 ZZZO 00003070 79**, Mandatsreferenz = **Mitgliedsnummer**.

Ich ermächtige die AlFa e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AlFa e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**DE** \_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Bankinstitut

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Rücklastschriften durch Nichteinlösung werden dem Mitglied in Rechnung gestellt.  
*Lothar König (Schatzmeister AlFa e.V.), An der Sandgrube 3, 90518 Altdorf, Tel.: 09187-956636*