

Aufnahmeantrag - KSat e.V.

Pfaffenwaldring 29, 70569 Stuttgart



Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
E-Mail	
Geschlecht (optional)	
Studiengang (optional)	
Fachsemester (optional)	

(Nachfolgendes wird vom Vorstand ausgefüllt)

die Aufnahme in den Verein KSAT e.V. ab dem:

Mitglieds-Nr.

Der Jahresbeitrag beläuft sich auf 12,00€ und wird am 15. Januar des entsprechenden Jahres abgebucht.

Die erste Abbuchung wird fällig am:

Ich akzeptiere das SEPA Lastschriftmandat als Zahlungsverfahren und fülle das angefügte Mandat aus.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Satzung, sowie die Geschäftsordnung und Datenschutzordnung des Vereins gelesen habe und akzeptiere. Wir weisen explizit auf die in der Satzung verankerten Urheberrechts- und Datenschutzregelungen hin.

Ort, Datum, Unterschrift des Antragsstellers:

.....

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Der/die Antragsteller/in wird als ordentliches Mitglied in den Verein aufgenommen.

Ort, Datum, Unterschrift des Vorstandes:

.....

(1. Vorstandsmitglied)

.....

(2. Vorstandsmitglied)



Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Der Verein KSAT e.V. erhebt personenbezogenen Daten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses mit dem Verein notwendig und erforderlich sind. Diese Daten werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Kreuzen Sie bitte entsprechend an, mit welchen der folgenden Nutzungszwecke Sie einverstanden sind. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mein Name und meine Position im Verein auf der Vereinshomepage, in Pressemitteilungen und in sozialen Medien, sowie für andere PR-Zwecke veröffentlicht werden dürfen.
- Ich willige ein, dass Bildmaterial (Einzel- und Gruppenfotos) von mir im Sinne der Vereinszwecke aufgenommen und auf der Vereinshomepage, in Pressemitteilungen und in sozialen Medien, sowie für andere PR-Zwecke verwendet werden darf.
- Ich willige ein, dass die von mir freiwillig gemachten Angaben, insbesondere Studiengang, Fachsemester und Geschlecht, im Sinne der Vereinszwecke veröffentlicht werden.
- Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten, insbesondere die vom Verein vergebene Mailadresse, auf der Homepage veröffentlicht werden darf.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Vereinsmitgliedes/Antragsstellenden

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt beim Verein KSAT e.V. um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit vom Verein die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an den Vereinsvorstand übermitteln.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

KSat e.V.
Pfaffenwaldring 29
70569 Stuttgart

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE42ZZZ00001550340

[Mandatsreferenz]
KSAT000-

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
KSat e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
KSat 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC¹]

[IBAN]

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)