

## Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich/erklären wir meinen/unseren Beitritt zum Verein zur Förderung der beruflichen Bildung im Ammerland - Förderverein der Berufsbildenden Schulen Ammerland e.V.**

Name, Vorname oder Firma, Institution:	
Ggf. weitere Mitglieder innerhalb einer Familie:	
Straße und Hausnummer oder Postfach:	
Postleitzahl, Ort:	
Telefon:	E-Mail:
Mitgliedsbeitrag pro Jahr:	Datum, Unterschrift:
Aus organisatorischen Gründen wird der Mitgliedsbeitrag jährlich bei Fälligkeit von der Kasse des Landkreises Ammerland eingezogen. Anschließend werden die Beiträge an den Verein zur Förderung der beruflichen Bildung im Ammerland – Förderverein der Berufsbildenden Schulen Ammerland e.V. ausgezahlt. Bitte füllen Sie das <b>SEPA-Lastschriftmandat</b> auf der <b>Rückseite</b> aus, um den Landkreis Ammerland widerruflich zum jährlichen Einzug des Mitgliedsbeitrages zu ermächtigen.	

Dieses Beitrittsformular finden Sie neben weiteren Informationen zum Verein zur Förderung der beruflichen Bildung im Ammerland – Förderverein der Berufsbildenden Schulen Ammerland e.V. auch im Internet unter [www.bbs-ammerland.de](http://www.bbs-ammerland.de)

# Datenschutzerklärung

1. Mit dem Beitritt eines Mitglieds nimmt der Verein zur Förderung der beruflichen Bildung im Ammerland - Förderverein der Berufsbildenden Schulen Ammerland e. V.

- Name,
- Vorname,
- Adresse,
- Bankverbindung,
- Mitgliedsbeitrag,
- Telefonnummer, und
- E-Mail-Adresse

des Mitglieds in ein Mitgliederverzeichnis auf.

Diese Informationen werden in den EDV-Systemen des Landkreises Ammerland gespeichert. Die personenbezogenen Daten werden dabei durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnismahme Dritter geschützt. Sonstige Informationen zu den Mitgliedern und Informationen über Nichtmitglieder werden von dem Verein grundsätzlich nur verarbeitet oder genutzt, wenn sie zur Förderung des Vereinszweckes nützlich sind und keine Anhaltspunkte bestehen, dass die betroffene Person ein schutzwürdiges Interesse hat, das der Verarbeitung oder Nutzung entgegensteht.

2. Der Verein bedient sich der Erhebung der Mitgliedsbeiträge der Kreiskasse des Landkreises Ammerland. Für diese Zwecke werden der Name, Vorname, Adresse und Bankverbindung des Mitglieds an das Amt für Finanzwesen des Landkreises Ammerland übermittelt und in den dortigen EDV-Systemen verarbeitet und gespeichert.

3. Bei Austritt werden die unter 1 genannten Daten des Mitglieds aus dem Mitgliederverzeichnis gelöscht. Personenbezogene Daten des austretenden Mitglieds, die die Kas senverwaltung betreffen, werden gemäß der steuergesetzlichen Bestimmungen bis zu zehn Jahre ab der schriftlichen Bestätigung des Austritts durch den Vorstand aufbewahrt.

4. Der Vorstand macht besondere Ereignisse des Vereinslebens auf der Internetseite der BBS Ammerland und in Flyern bekannt. Dabei können personenbezogene Mitgliederdaten veröffentlicht werden. Das einzelne Mitglied kann jederzeit gegenüber dem Vorstand Einwände gegen eine solche Veröffentlichung seiner Daten vorbringen. In diesem Fall unterbleibt in Bezug auf dieses Mitglied eine weitere Veröffentlichung auf der Internetseite der BBS und in Flyern.

## **Einwilligungserklärung:**

Die vorstehenden Bestimmungen der Datenschutzerklärung habe ich gelesen und willige in die dort vorgesehenen Datenverarbeitungsvorgänge ein.

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: