



## Antrag auf Mitgliedschaft

Ja, ich möchte Mitglied bei Leben mit Behinderung Ortenau e. V. werden.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich habe eine/n Angehörige/n mit Behinderung:  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Folgende Angebote des Vereins interessieren mich / nutze ich bereits (bitte entsprechend ankreuzen): **nutze ich bereits** **habe ich Interesse**

- |                       |                       |  |                       |                   |                       |                 |
|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Beratungsgespräch                                | <input type="radio"/> | im Beratungsforum | <input type="radio"/> | bei mir Zuhause |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ambulante Pflege und Betreuung                   |                       |                   |                       |                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Familienunterstützender Dienst                   |                       |                   |                       |                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Jugendhilfe / Kindergarten- oder Schulbegleitung |                       |                   |                       |                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Assistenz am Arbeitsplatz                        |                       |                   |                       |                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kurzzeitpflege / Tagesferienfreizeit             |                       |                   |                       |                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fahrdienst                                       |                       |                   |                       |                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Physiotherapie                                   |                       |                   |                       |                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Förder- und Betreuungsgruppe                     |                       |                   |                       |                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | stationäres Wohnen / ambulant betreutes Wohnen   |                       |                   |                       |                 |

Ich habe Interesse am Eltern-/Angehörigenaustausch/-kontakt zu folgenden Themen:

z. B.  Schule  nachschulische Themen  Familienunterstützung

Ich möchte über Entwicklungen/Termine im Verein informiert werden:  ja  nein

per  E-Mail  Post  Fax

### Einzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass Leben mit Behinderung Ortenau e. V. über die Volksbank Lahr, IBAN: DE55 6829 0000 0002 3510 05, BIC: GENODE61LAH

den Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ (20 Euro ist der derzeitige Mindestbeitrag)

in Worten \_\_\_\_\_

jährlich vom Konto bei der \_\_\_\_\_ (Bank) mittels SEPA-Lastschrift abbuchen lässt.

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Kontoinhaber:

Name: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

-> bitte wenden

Spenden und Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.



### Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummern, E-Mail, Bankdaten, die allein zum Zwecke der entstehenden Mitgliedschaft notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

### Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich willige ein, dass mir der Verein Leben mit Behinderung Ortenau e. V. postalisch Informationen und Angebote übersendet.

Ich willige ein, dass mir der Verein Leben mit Behinderung Ortenau e. V. per E-Mail / Telefon / Fax Informationen und Angebote übersendet. (\* bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen)

**Ort, Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

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

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem Verein Leben mit Behinderung Ortenau e. V. um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem Verein Leben mit Behinderung Ortenau e. V. **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, per E-Mail, per Fax oder mündlich an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.