

## Beitrittserklärung

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Name u. Klasse meines Kindes \_\_\_\_\_

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

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

Beitragshöhe \_\_\_\_\_ €

Die Höhe des Beitrags bestimmt jedes Mitglied selbst! Der Mindestbeitrag beträgt 6,00 € pro Schuljahr.

Ich bin an einer aktiven Mitgliedschaft interessiert.

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Schulverein der Grundschule Oldau. Mit der elektronischen Speicherung/ Verarbeitung meiner Daten zu Zwecken der Mitgliederverwaltung und Beitragserhebung bin ich einverstanden.**

Ort: ..... Datum: .....Unterschrift:.....

Die Mitgliedschaft beginnt ab Eingang der Beitrittserklärung und endet mit dem Ausscheiden Ihres Kindes aus der Grundschule Oldau oder einer Kündigung gem. Satzung. Mit Einreichung der Beitrittserklärung erkennt das Mitglied die jeweils gültige Satzung an. Eine Einzugsermächtigung finden Sie auf der Rückseite dieser Beitrittserklärung. Diese können Sie über den/die Klassenlehrer/in, das Sekretariat oder unseren Briefkasten im Eingangsbereich der Schule an den Schulverein weiterleiten lassen.

Für Fragen wenden Sie sich bitte per Mail an Patrick Campe-Katanic (PatPanel@web.de).

---

### Datenschutzerklärung gem. EU-DSGVO

Ich willige ein, dass der Schulverein der Grundschule Oldau e.V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzugs und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Ort: ..... Datum: .....Unterschrift:.....

Ich willige ein, dass der Schulverein der Grundschule Oldau e.V. meine E-Mail-Adresse(n) und Telefonnummer(n) zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Eine Übermittlung von E-Mail-Adresse(n) oder Telefonnummer(n) an Dritte wird nicht vorgenommen.

Ort: ..... Datum: .....Unterschrift:.....

Bitte wenden!!!

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Schulverein der Grundschule Oldau

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Oldauer Straße 4

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

29313 Hambühren

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE58ZZZ00000266936

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

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

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:**