

Akademie für bewusstes gesund SEIN

Sandra Eder, Präsidentin
Franz Lechner-Straße 13
3372 Blindenmarkt, Österreich

**Jahresfördermitgliedsantrag für den Verein
Akademie für bewusstes gesund SEIN**

Vorname* _____

Familienname* _____

Adresse* _____

Geburtsdatum* _____

Telefonnummer* _____

E-Mail-Adresse* _____

Steuer-Nr./UStID: _____

Art der Mitgliedschaft* (bitte auswählen, ankreuzen und ausfüllen)

- ☐ **KINDER** kostenfrei bis zum Alter von 18 Jahren
kostenfrei an den Vorträgen der Akademie teilnehmen
- ☐ **Fördermitgliedschaft BASIS** 60 EUR/Jahr:
kostenfrei an den Vorträgen der Akademie teilnehmen
Möglichkeit Vorträge zu halten
Tätigkeitsfeld (Stichwort): _____
- ☐ **Fördermitgliedschaft PREMIUM** 120 EUR/Jahr:
kostenfrei an den Vorträgen der Akademie teilnehmen
Möglichkeit Vorträge zu halten
Tätigkeitsfeld (Stichwort): _____
Name und Tätigkeitsfeld erscheinen auf der Homepage der Akademie mit direkter
Verlinkung zur eigenen Homepage
Homepage: _____

Die mit * versehenen Daten sind Pflichtfelder.

Dauer der Mitgliedschaft: Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht vor Ablauf schriftlich gekündigt wird (siehe Statuten der Akademie für bewusstes gesund SEIN).

Datenschutz: Hiermit stimme ich der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten aus diesem Fördermitgliedsantrag, sowie der Kontaktaufnahme per E-Mail zu Informations- und Werbezwecken bis auf Widerruf zu. Ein Widerruf ist jederzeit in schriftlicher Form möglich. Die Daten werden in angemessener Zeit gelöscht. Der Widerruf ist mit zukünftiger Wirkung an die E-Mail-Adresse info@aka-sein.org möglich. **Bitte die Rückseite beachten.**

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel bei Bedarf

Information über die Verwendung personenbezogener Daten (Datenschutzerklärung)

Der Verein Akademie für bewusstes gesund SEIN ist Verantwortlicher für die hier dargelegten Datenverarbeitungstätigkeiten.

Die Bereitstellung meiner auf Seite 1 (Jahresfördermitgliedsantrag) angegebenen, personenbezogenen Daten ist zur Erfüllung des Vereinszwecks gemäß den Statuten erforderlich.

Bei Nichtbereitstellung der Daten ist eine Mitgliedschaft im Verein nicht möglich (ausgenommen Datenschutzerklärung – diese kann jederzeit widerrufen werden).

Die Verarbeitung und Speicherung erfolgt ausschließlich zu folgenden Zwecken:

- Organisatorische und fachliche Administration
- Finanzielle Abwicklung
- Mitgliederverwaltung
- Zusendung von Vereins- und Verbandsinformationen
- Informationen zu vereinsrelevanten Veranstaltungen
- Zusendung einer Vereinszeitschrift (Newsletter)
- Ablage von Unterlagen, die persönliche Daten enthalten, im Vereinsarchiv (gegebenenfalls)

Bei Beendigung der Mitgliedschaft im Verein, das heißt dem Vereinsaustritt, werden alle Daten, sofern kein Rückstand an Zahlungen seitens des Mitglieds besteht und die Daten nicht zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen des Vereins benötigt werden und/oder keine längere Aufbewahrung der Daten aufgrund gesetzlicher Normen besteht, in angemessener Frist, das heißt spätestens binnen eines Jahres ab Austritt, gelöscht.

Gleiches gilt für Daten, die personenbezogene Daten enthalten und im Vereinsarchiv aufbewahrt werden.

Meine Rechte im Zusammenhang mit datenschutzrechtlichen Vorschriften erstrecken sich auf das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und gegebenenfalls Widerspruch zur Verarbeitung, sowie dem Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel bei Bedarf

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Akademie für bewusstes gesund SEIN
Franz Lechner-Straße 13
3372 Blindenmarkt, Österreich
Creditor-ID: AT41ZZZ00000077671

Zahlungspflichtiger:

Name: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ **Land:** _____

Ort: _____

Ort, Datum: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die *Akademie für bewusstes gesund SEIN*, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der *Akademie für bewusstes gesund SEIN* auf mein Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Zahlungsart o Wiederkehrender Einzug o Einmaleinzug

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger vergeben): _____

Bitte bestätigen Sie mir dieses Mandat schriftlich mit Angabe der Mandatsreferenz.

Ort, Datum

Unterschrift(en)