



Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein OnLyme-Aktion.org – Aktionsbündnis gegen zeckenübertragene Infektionen Deutschland e. V.

Vorname/ Name: _____
Straße/ Hausnummer: _____
PLZ/ Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Hier kann ich mir eine Mitarbeit vorstellen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Flyerverteilung | <input type="checkbox"/> Info-Stände betreiben | <input type="checkbox"/> Eigene Vorschläge/Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Fremdsprachige Informationen recherchieren und übersetzen | <input type="checkbox"/> Medizinische Recherchen | <input type="checkbox"/> Ich möchte mich erst einmal umschaun und später entscheiden. |

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt

- 20 €
 10 € (für Schüler, Studierende bis 30 Jahre, Azubis und Teilnehmer des Bundesfreiwilligendienstes), bitte einen jährlichen Nachweis erbringen.
 Ich zahle freiwillig gerne mehr: _____ €

Datenschutzhinweis:

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein meine personenbezogenen Daten (Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse) unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen (EDV) zur Erfüllung der gemäß seiner Satzung zulässigen Zwecke und Aufgaben, beispielsweise im Rahmen der Mitgliederverwaltung verarbeitet und nutzt.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften (insbesondere §§ 34, 35 BDSG; zukünftig: Art. 15 ff. DSGVO) das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, deren Empfänger und den Zweck der Speicherung sowie auf Berichtigung, Löschung oder Sperrung seiner Daten.“

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung von OnLyme-Aktion.org in der jeweiligen Fassung an.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin



SEPA-Lastschriftmandat

OnLyme-Aktion.org - Aktionsbündnis gegen zeckenübertragene Infektionen Deutschland e. V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000611877

Mandatsreferenz: Jahresmitgliedsbeitrag OnLyme-Aktion

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige OnLyme-Aktion.org Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von OnLyme-Aktion.org auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Hinweis: Die erste Lastschrift erfolgt im Monat des Beitritts, ansonsten jährlich zum 01. Februar. (Fällt der Termin auf ein Wochenende oder einen Feiertag, wird am ersten darauffolgenden Werktag abgebucht)

Kontoinhaber (Name, Vorname): _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

**Bitte unterschreiben, einscannen und an mitglieder@OnLyme-Aktion.org mailen,
per Fax an +49 6196 9504840 aus dem deutschen Festnetz oder auf dem Postweg an
„Aktionsbündnis gegen zeckenübertragene Infektionen e.V.“, c/o Am Haag 21,
65812 Bad Soden, senden.**

Vielen Dank!