



## Eintrittserklärung für Neumitglieder und Einwilligung in die Datenverarbeitung

Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_

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

### Kind/er, Schulbesuch im Förderzentrum:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Datenschutz

### Einwilligung zu Datenschutz und Datenspeicherung

Wir bitten Sie zu beachten, dass wir die benötigten Daten speichern. Zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese Einwilligung erteilen Sie uns mit Ihrer Unterschrift auf diesem Formular. Um welche Daten es sich handelt, wie diese Daten verarbeitet werden und welche Rechte Sie aus der Datenverarbeitung haben, können Sie unserer Homepage unter [www.mfzk-schwerin.de/foerderverein/index.htm](http://www.mfzk-schwerin.de/foerderverein/index.htm) entnehmen.

Bei Rückfragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

## Mindestbeitrag: 18 € pro Mitglied (1,50 € pro Monat)

### SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51 ZZZO 0000 7002 64**

**Mandatsreferenz:**

Ich ermächtige dem Verein der Freunde und Förderer der Mecklenburgischen Schule für Körperbehinderte Schwerin e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein der Freunde und Förderer der Mecklenburgischen Schule für Körperbehinderte Schwerin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Lastschrift

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße mit Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name, BIC)

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

## ODER

Überweisung

Ich/ Wir zahlen meinen/ unseren Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € jährlich jeweils bis zum 10. März des laufenden Jahres selbst ein.

**Bankverbindung:**

**Sparkasse Mecklenburg Schwerin; IBAN: DE95 1405 2000 0330 0330 00; BIC: NOLADE21LWL**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)