An den
Verein zur Förderung des Apothekergartens
im Schulbiologiezentrum Hannover e.V.
Vinnhorster Weg 2
30419 Hannover

Tel: 0511/168-47665/7
Fax: 0511/168-47352
e-mail: apothekergarten.sbz@gmx.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich (wir) den Beitritt zum

Verein zur Förderung des Apothekergartens
im Schulbiologiezentrum Hannover

als

[ ] Einzelmitglied	(25 Euro)	[ ] (Ehe-) Paar	(40 Euro)
[ ] Student	(10 Euro)	[ ] Institution	(75 Euro)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: (_____) _____

Telefon: (_____) _____ Fax: (_____) _____

e-mail: _____

[ ] **Ich (Wir) möchte(n) überweisen**

<u>Bankverbindung des Vereins:</u>

Bankinstitut: **Dt. Apotheker- und Ärztebank eG**
IBAN: **DE91 3006 0601 004 7803 29**
BIC: **DAAEDEDDXXX**

[ ] **Ich (Wir) möchte(n) am SEPA-Lastschrifverfahren teilnehmen**

..... / .....
Ort Datum

.....
rechtsverbindliche Unterschrift/en

bitte Datenschutzerklärung Seite 2 und gegenbenenfalls SEPA-Lastschrifmandat Seite 3 zurücksenden

An den
Verein zur Förderung des Apothekergartens
im Schulbiologiezentrum Hannover e.V.
Vinnhorster Weg 2
30419 Hannover

Datenschutzerklärung
(bitte zurücksenden)

Mit meinem/unserem Beitritt zum **Verein zur Förderung des Apothekergartens im Schulbiologiezentrum Hannover e.V.** nehme/n ich/wir die satzungsgemäßen Ziele des Vereins zur Kenntnis, insbesondere den Erhalt, die Pflege und Weiterentwicklung des Apothekergartens im Schulbiologiezentrum Hannover sowie die Durchführung von Aktivitäten zu den Themen (Heil-)Pflanzen, Artenschutz und Botanik.

Zu diesen Zwecken wird der oben genannte Verein zu meiner/unserer Person Daten erfassen und speichern. Hierzu gehören neben den allgemeinen persönlichen Angaben wie z.B. Vor-/Zuname, Adresse, E-Mailadresse, Telefon- und ggf. Faxnummer auch Bankverbindung, Angaben zu Beiträgen und Beitragskonten sowie Angaben zum Beitragsstatus (Einzelmitglied, Student, Ehepaar bzw. Institution).

Speicherung und Archivierung der vorgenannten Daten und Informationen zum Zwecke der Kommunikation des Vereins mit seinen Mitgliedern, insbesondere:

Einladung zu gemeinsamen Aktivitäten, wie Mitgliederversammlung, Exkursionen und Vorträgen
Versand des Jahresprogramms des Schulbiologiezentrums
Versand von Beitrags- und Spendenbescheinigungen

Ich/Wir wurde/n darüber informiert, dass ich/wir jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine/unsere Daten erhalte/n und selbst entscheiden kann/können, welche Daten ggf. gelöscht, bzw. aktualisiert werden sollen. Soweit gesetzliche und behördliche Vorschriften keine anderen Aufbewahrungsfristen vorsehen, werden meine/unsere Daten im Rahmen dieser Erklärung zehn Jahre nach der letzten Aktualisierung vom Verein fachgerecht vernichtet und digitale Daten unwiderruflich gelöscht. Die gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen bleiben hiervon unberührt.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere persönlichen Daten (Nachweisdokumentation) vom Verein gespeichert, archiviert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten sind dem Vereinsvorstand im Rahmen des oben genannten Zweckes zugänglich.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir/uns jederzeit ohne Angaben von Gründen und in Teilen widerrufen werden. Bei Widerruf ist der Verein verpflichtet, meine/unsere Daten unverzüglich zu löschen oder zu sperren. Die behördlich und gesetzlich vorgeschriebenen Nachweisdokumentationen und Archivierungsfristen bleiben hiervon unberührt.

..... / .....
Ort Datum

.....
rechtsverbindliche Unterschrift/en

An den
Verein zur Förderung des Apothekergartens
im Schulbiologiezentrum Hannover e.V.
Vinnhorster Weg 2
30419 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat
(bitte zurücksenden)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000494857

Mandatsreferenznummer: ..... (wird vom Büro des Apothekergartens ausgefüllt)

Hiermit ermächtige ich Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen 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.

des Kontoinhabers: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: (_____) _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: _____

..... / .....
Ort Datum

.....
rechtsverbindliche Unterschrift/en