

**Bitte leserlich ausfüllen und per Post oder Mail senden an:
SoMA e.V., Blombergstr. 9, 81825 München bzw.
mail@soma-ev.de oder direkt unter
www.soma-ev.de/foerderung/#foerdermitgliedschaft**

Ich möchte Fördermitglied werden bei SoMA e.V. – Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektal-Fehlbildungen

Vorname, Nachname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____

Telefon _____

E-Mail _____

Bitte geben Sie die E-Mail-Adresse an, die Sie selbst regelmäßig verwenden und die nicht von unbefugten Dritten eingesehen werden kann.

In welcher Form möchten Sie die Vereinspost erhalten:

- Per E-Mail
(Bitte senden Sie die SoMA-Mitgliederpost (Einladungen, Protokolle, SoMAGAZIN, ...) an meine nebenstehende E-Mail-Adresse.)
- Per E-Mail plus SoMAGAZIN per Post
- Per Post
(Ich möchte nicht per E-Mail informiert werden; die gesamte Vereinspost soll nur auf dem Postweg erfolgen.)
- Ich wünsche keine Zustellung von Vereinspost
(außer satzungsrechtlich notwendig)

Mein jährlicher Fördermitgliedsbeitrag:

50,- Euro (fünfundzig)

100,- Euro (einhundert)

_____ Euro (in Worten) _____

Bitte wählen Sie die Höhe Ihres Fördermitgliedsbeitrags, jedoch **mindestens 50,- Euro pro Jahr**.

Der Beitrag wird mit Datum des Eintritts in den Verein das erste Mal fällig, in den folgenden Jahren jeweils zum 1. Februar.



Ort, Datum

Unterschrift

Zahlungsart

SEPA Lastschriftmandat – bitte umseitig ausfüllen und unterschreiben ----->

Überweisung

Ich überweise den Fördermitgliedsbeitrag unaufgefordert sofort nach Beitritt und in den Folgejahren jeweils bis zum 1. Februar an:
SoMA e.V. – IBAN DE 34 7015 0000 1004 6097 39 – BIC SSKMDEMMXXX – Stadtparkasse München

Bitte beachten Sie, dass es für SoMA e.V. eine Kostenersparnis und Arbeitserleichterung ist, wenn Sie am SEPA-Lastschrift-Mandat teilnehmen.

Ihre Rechte

Sie haben gegenüber SoMA e.V. folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten: Recht auf Auskunft, Recht auf Berichtigung oder Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie Recht auf Datenübertragbarkeit. Zudem haben Sie das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren. (s.o.) Die oben gegebenen Einwilligungen können jederzeit, auch einzeln und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Mehr Informationen zum Datenschutz von SoMA e.V. finden Sie unter <https://soma-ev.de/service-seiten/rechtliches/datenschutz> sowie auf dem Infoblatt zum Datenschutz, das Sie bereits mit Aussendung der Informationsunterlagen erhalten haben und das ebenfalls mit dem Begrüßungsbrief zur Mitgliedschaft an Sie verschickt wird.

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung:

SoMA e.V. Nicole Schwarzer (I. Vorsitzende), Blombergstr. 9 81825 München.
Telefon: +49 (0)89 14 90 42 62, Fax: +49 (0)89 14 90 42 63, E-Mail: nicole.schwarzer@soma-ev.de

Einwilligungserklärung Bitte **ankreuzen und unterschreiben**

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten in der Fördermitgliederliste* der SoMA erscheinen. Fördermitglieder der SoMA erhalten diese auf Anfrage.

Nein, ich möchte nicht, dass meine Daten in der Fördermitgliederliste von SoMA e.V. erscheinen.



Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

* Die Nutzung der Fördermitgliederliste für private oder wirtschaftliche Zwecke ist untersagt. Sie ist lediglich zum gegenseitigen Informationsaustausch unter den Fördermitgliedern bestimmt. Jedwede Nutzung der Adressliste für private oder wirtschaftliche Zwecke ist untersagt.

**SEPA Lastschriftmandat**

Zahlungsempfänger: SoMA e.V., Blombergstr. 9, 81825 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000369305

Mandatsreferenznummer: _____

(wird von SoMA eingetragen und Ihnen mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein SoMA. e.V. den jeweiligen Fördermitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro bei Fälligkeit von meinem/unserem nachfolgend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

IBAN: _____

(finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

BIC: _____

(finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

Kreditinstitut: _____

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße mit Hausnummer: _____

Postleitzahlung und Ort: _____

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein SoMA e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Kontobelastung erfolgt erstmalig 14 Tage nach Eingang dieses SEPA-Lastschriftmandats bei SoMA e.V., in den folgenden Jahren jeweils zum 1. Februar. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen



Ort, Datum

Unterschrift