

Bitte in Druckschrift ausfüllen und per Post senden an:
SoMA e.V., Nicole Schwarzer, Korbinianplatz 17, 80807 München

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektalfehlbildungen SoMA e.V.

Angaben zur Anschrift der volljährigen Person (Vater/Mutter/Pflegeperson bzw. von der Fehlbildung betroffene Person)

Vorname, Nachname

Telefon

Straße, Nr.

E-Mail

PLZ, Ort

Ich wünsche die Zustellung der Vereinspost per E-Mail per Post
Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Betroffen ist:

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Erkrankung:

Anorektale Fehlbildung (ARM)

Morbus Hirschsprung (MH)

Kloakenekstrophie (KE)

Freiwillige Angaben

Herkunftsland des Betroffenen/der Eltern – Muttersprache: _____

(Möglichkeit der Kontaktherstellung zu gleichsprachigen Mitgliedern)

Beruf(e) Vater – Mutter – Betroffene/r: _____

Hilfe für SoMA e.V. – Vorschlag zur Unterstützung des Vereins

Ich kann helfen bei/Kontakte herstellen zu: _____

Jährlicher Mitgliedsbeitrag

70 Euro

35 Euro reduzierter Beitrag weil:

– Student/Auszubildender

– Mitglied in anderen SHGs (z.B. KEKS e.V., SHG BE)

– Ein Familienmitglied ist bereits SoMA-Mitglied

Beitragsbefreiung

weil finanzielle Notlage

(z.B. Hartz IV, kein Einkommen)

Bitte Beleg beifügen

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 Mitgliedsbeitrag 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 SSKMDEMXXX – Stadtsparkasse München

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

SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: SoMA e.V., Korbinianplatz 17, 80807 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000369305

Mandatsreferenznummer: _____

(wird von SoMA eingetragen und Ihnen mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein SoMA. e.V. den jeweiligen Mitgliedsbeitrag 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: _____

Postleitzahl 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

Einwilligungserklärung

Bitte nach Wunsch ankreuzen und unterschreiben.

Die folgenden Einwilligungen können einzeln erteilt und jederzeit widerrufen werden. Sollten Sie sich entscheiden, uns keine Einwilligung zu geben, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

Beratungsrelevante Informationen:

Zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke und der Beratungstätigkeit von SoMA e.V. (siehe Satzung SoMA e.V. § 2) können für die Dauer der Mitgliedschaft auch beratungsrelevante Informationen (die z.B. in einem Beratungsgespräch per Telefon, auf Seminaren, Treffen oder anderen SoMA-Veranstaltungen erhoben wurden) verarbeitet und genutzt werden. Dabei wird ausdrücklich auf Datensparsamkeit geachtet.

- Ja, damit bin ich einverstanden Nein, es dürfen keine sonstigen beratungsrelevanten Informationen von uns gespeichert werden



Vorname, Name

Ort, Datum

Unterschrift

Mitgliederliste:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Angaben zu Name, Adresse, Mail/Telefon, Geburtsdatum und Art der Fehlbildung anderen Mitgliedern von SoMA e.V. bekannt gegeben werden und in der Mitgliederliste* von SoMA e.V., die nur den Mitgliedern der SoMA zugänglich gemacht wird, erscheinen dürfen. Die Mitgliederliste wird nur postalisch zugestellt und nicht per E-Mail versandt.

* Die Nutzung der Mitgliederliste ist nur zum satzungsgemäßen Gebrauch bestimmt (Erfahrungs- und Informationsaustausch). Jedwede Nutzung der Adressliste für private oder wirtschaftliche Zwecke ist untersagt.



Vorname, Name

Ort, Datum

Unterschrift

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.

Verantwortliche Stelle – Datenverarbeitung:

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist: SoMA e.V. Nicole Schwarzer (I. Vorsitzende), Korbinianplatz 17 in 80807 München. Telefon: +49 (0)89 14 90 42 62, Fax: +49 (0)89 14 90 42 63, E-Mail: info@soma-ev.de