

BEITRITTSERKLÄRUNG

Einzelmitgliedschaft

Doppelmitgliedschaft
(zweites Mitglied ist beitragsfrei)

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

- Ich zahle den jährlichen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von **40,00 €**.
Hinzu kommen noch Gebühren bei Inanspruchnahme der Angebote des Beratungszentrums
(Einzeltermin: **4,00 €**, Gruppentermin: **2,00 €**, Kilometerpauschale bei Hausbesuchen: **0,35 €**).
- Ich will ZAMOR e.V. als **Fördermitglied** unterstützen und zahle einen jährlichen Mitgliedsbeitrag
in Höhe von _____ € (Regelsatz: **55,00 €**).
- Ich bin bereits Mitglied in einem anderen Betroffenenverband (Bundesverband für die Rehabilitation
der Aphasiker e.V., Bundesverband der Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V.), deshalb zahle ich den
ermäßigten Mitgliedsbeitrag in Höhe von **20,00 €**.
- Ich kann nur einen jährlichen Beitrag in Höhe von 20,00 € leisten bzw. möchte mich von der Zahlung
des Jahresbeitrages / der Stundengebühren / der Kilometerpauschale durch den Vorstand **befreien**
lassen (Nichtzutreffendes streichen). Begründung:

Mir ist bekannt, dass die Mitgliedschaft nur schriftlich und mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende eines
Kalenderjahres gekündigt werden kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) _____

bitte wenden! →

BEITRITTSERKLÄRUNG

SEPA- Lastschriftmandat

ZAMOR e.V., Krumenauerstraße 44, 85049 Ingolstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00001254767 Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige ZAMOR e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ZAMOR e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Name und Vorname (Kontoinhaber) _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

IBAN DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____

BIC _____ / ____

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Einwilligungserklärung gemäß Art.6 Abs. 1a) EU-DS-GVO mit Schweigepflichtsentbindung

Ich bin über die im Beratungszentrum nach Schlaganfall und Hirnschädigung ZAMOR e.V. verwendeten Dokumentationssysteme und die berufliche Schweigepflicht der Mitarbeiter*-innen informiert. Mit der elektronischen Erfassung meiner Daten und deren Verarbeitung innerhalb des Beratungszentrums für Beratungszwecke bin ich einverstanden. Innerhalb des Beratungszentrums können meine Daten ausgetauscht werden. Ich befreie die mich beratenden Mitarbeiter*-innen für diesen Zweck von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Anspruch auf Auskunft über die von mir erhobenen Daten habe, dass ich der Speicherung meiner Daten für die Zukunft widersprechen kann und diese daraufhin in personenbezogener Form gelöscht werden. Eine Weitergabe meiner Daten an Einzelpersonen, Arbeitgeber, Institutionen oder Behörden findet ohne meine Zustimmung nicht statt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____