



ICH WILL HELFFEN

Beitrittserklärung SkF Augsburg

Ich möchte Mitglied des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. werden und unterstütze den Verein mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag

von _____ € (Mindestbeitrag: 40 € pro Jahr) ☐ als ordentliches Mitglied ☐ als Fördermitglied

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

☐ katholisch ☐ evangelisch Geburtsdatum _____

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubigeridentifikationsnummer: DE33ZZZ00000308999)

Ich ermächtige den Sozialdienst katholischer Frauen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialdienst katholischer Frauen 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.

Datenschutzerklärung

Wir informieren Sie darüber, dass die von Ihnen in dieser Beitrittserklärung angegebenen personenbezogenen Daten auf den Datenverarbeitungssystemen des Sozialdienst katholischer Frauen e.V., Schaezlerstraße 4, 86150 Augsburg für Zwecke der Mitgliederverwaltung verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung der Daten an Dritte findet nicht statt. Wir versichern, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Außenstehende weitergegeben werden. Zugriff auf Ihre Daten haben nur die Mitarbeiter/-innen, die diese Daten für die Erledigung der Ihnen übertragenen Aufgaben benötigen und die sich zur Verschwiegenheit verpflichtet haben. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten erhalten und deren Korrektur verlangen. Sie können auch jederzeit eine Sperrung, ggf. eine Löschung Ihrer Daten oder die Einschränkung der Verarbeitung verlangen. Näheres können Sie bei unserem Datenschutzbeauftragten, dessen Kontaktdaten auf unserer Website www.skf-augsburg.de unter dem Punkt Datenschutz veröffentlicht sind, erfahren. Ihre Daten werden nach Beendigung der Mitgliedschaft, bzw. nach Ablauf gesetzlicher Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Name des Kreditinstituts _____

BIC _____ IBAN _____

Datum _____ Unterschrift _____