

Antrag auf Beitrittserklärung

- Ich möchte Vollmitglied
- Vollmitglied mit vermindertem Mitgliedsbeitrag*
- Fördermitglied der AIDS-Hilfe Kreis Olpe e.V. werden.

Name und Anschrift der Beitretenden Person

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Mein Jahresbeitrag beträgt: _____ Euro.

Der Jahresbeitrag (Mindestbeitrag für Vollmitglieder € 50,00 / Fördermitglieder, Schüler/in Student/in Rentner/in Auszubildende-r oder Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis bezahlen den verminderten Mitgliedsbeitrag von min.€ 30,00 (Bitte Nachweis einfügen*)). Dieser wird im Januar des Jahres fällig, für das er erhoben wird.

Der Jahresbeitrag wird automatisch ohne vorherige schriftliche Mitteilung, vom angegebenen Konto abgebucht. Der Mitgliedsbeitrag wird nicht anteilig berechnet. Erfolgt ein Vereinseintritt im laufenden Jahr, wird für das aktuelle Jahr der volle Beitragssatz erhoben. Erfolgt der Eintritt jedoch im Dezember eines Jahres, wird nur der Beitrag für das folgende Kalenderjahr im Januar fällig. Bei Mahnungen wird eine Mahngebühr von €5,00 erhoben. Die Satzung der AIDS-Hilfe Olpe e.V. erkenne ich an, ein Exemplar der Satzung habe ich mit den Antragsunterlagen erhalten. Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Datenschutzerklärung des Vereins (beides jederzeit nachzulesen unter www.ahoe.de) an.

Ich verpflichte mich, keine personenbezogenen Daten über Mitglieder, Klient:innen oder sonstige im Zusammenhang mit der AIDS-Hilfe Olpe e.V. oder anderen Aidshilfen stehenden Personen an Dritte weiterzugeben.

Ich erkenne die Schweigepflicht für alle Arbeitsbereiche des Vereins an.

AIDS-Hilfe Kreis Olpe e.V.
Westfälische Str. 88
57462 Olpe



Meine persönlichen Daten lauten wie folgt:

weiblich männlich divers

Name, Vorname:

Straße / Hausnummer:

Postleitzahl / Ort:

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail:

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die AIDS-Hilfe Kreis Olpe e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AIDS-Hilfe Kreis Olpe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung aus elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

Unterschrift Konto Inhaber/in

Ort, Datum

AIDS-Hilfe Kreis Olpe e.V. 02761/40322 info@ahoe.de Volksbank Olpe eG BLZ 46260023

Konto 226 774 500

IBAN: DE 39 4626 1822 0226 774500

BIC: GENODEM 1WDD

Schweigepflichtserklärung

Hiermit verpflichte ich mich,

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geb.am: _____

der Verschwiegenheit in allen dienstlichen/ehrenamtlichen Angelegenheiten, die mir während meiner Tätigkeit in der AIDS-Hilfe Kreis Olpe e.V. bekannt geworden sind, weder an Dritte weiterzugeben noch anderweitig zu verwenden.

Die Verpflichtung besteht nicht nur während des Tätigkeitsverhältnisses, sondern auch nach dessen Beendigung.

Ich bin darüber unterrichtet worden, dass die Offenbarung zum Lebensbereich gehörender Dinge von den durch die AIDS-Hilfe betreuten Personen strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 203, ABS. 1 und 4 StGB).

Ort, Datum

Unterschrift