BEITRITTSERKLÄRUNG

☐ als ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag €30,00)

☐ als förderndes Mitglied (Förderbeitrag €)

Beitrittserklärung bitte ausfüllen und unterschrieben an folgende Adresse senden:

Per Post: Rollstuhl aktiv, Kumpfgasse 23-25, 9020 Klagenfurt

Per E-Mail: office@rollstuhl-aktiv.at

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

Rollstuhlfahrer/in ☐ ja ☐ nein

Der Unterzeichner ist über Mitgliedschaft und Mitgliedsbeitrag bei Rollstuhl aktiv informiert. Die Mitgliedschaft ist unbefristet und kann mit einer Frist von 4 Wochen jeweils zum 31.12. des Jahres schriftlich gekündigt werden. Laut §22 des Datenschutzgesetzes informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten für unsere EDV gespeichert und in Zusammenhang mit Tätigkeiten des Verbandes verwendet werden.

Einverständniserklärung

Ich möchte mit aktuellen Informationen über den Verband versorgt werden und stimme der Verwendung meines Vor- und Nachnamens, meines Geburtsdatums, meiner Postadresse, meiner E-Mail Adresse und meiner Telefonnummer zu.

☐ ja ☐ nein

Nutzung Bild-/Foto-/Videoaufnahmen

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei Veranstaltungen des Verbandes Foto- bzw Videoaufnahmen von mir zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins angefertig, eingesetzt und veröffentlicht werden können

☐ ja ☐ nein

Die Datenschutzbestimmung finden Sie auf unserer Website www.rollstuhl-aktiv.at

Ort/Datum: Unterschrift: