



# KINDERSPIELSTADT DITZIPUT e.V.

---

Verantwortlicher ist

Kinderspielstadt Ditziput e.V.  
c/o Alexander Ropertz  
Schlehenweg 7  
70839 Gerlingen  
Tel.: 0172 8780983

E-Mail: [verein@ditziput.de](mailto:verein@ditziput.de)  
Website: [www.ditziput.de](http://www.ditziput.de)

Vorstand: Alexander Ropertz, Benjamin Berg, Sabine Wackerow

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte Mitglied im Verein Kinderspielstadt Ditziput e.V. werden.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 50 Euro pro Jahr.

Mitglieder, die zum 01.04. eines Jahres unter 27 Jahre alt sind, sind von der Beitragspflicht befreit.

Mit dem Beitritt zum Verein wird ein Jahresbeitrag erhoben. Der Beitrag wird zum 1. April jeden Jahres fällig und per SEPA-Lastschrift eingezogen. Bei späterem Beitritt geschieht das immer vor Beginn der Maßnahme im Beitrittsjahr.

Alle Mitglieder haben die Möglichkeit, über das offizielle Anmeldeformular Vergünstigungen wahrzunehmen, sofern der Mitgliedsbeitrag im Vorhinein beglichen wurde. Ein Nachlass auf den Teilnehmerbeitrag kann auf dem Anmeldeformular geltend gemacht werden.

Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch von Jahr zu Jahr solange keine Kündigung erfolgt. Die Kündigung der Mitgliedschaft hat schriftlich an den Vorstand des Vereins zu erfolgen. Der Austritt ist nur zum Ende des Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zulässig. Bereits gezahlte Mitgliedsbeiträge werden nicht zurückerstattet.

Der Verein „Kinderspielstadt Ditziput e.V.“ speichert, verarbeitet und nutzt die in der Beitrittserklärung erhobenen **personenbezogenen Daten** über persönliche und sachliche Verhältnisse (inkl. Eintrittsdatum) ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragsverwaltung und der Übermittlung von Vereinsinformationen. Da der Verein ein berechtigtes Interesse hat, dass alle Mitglieder, die Vergünstigungen des Vereins nutzen können, werden einmal im Jahr die Namens- und Adressdaten der Mitglieder der Stadt Ditzingen zum Abgleich zur Verfügung gestellt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend den gesetzlichen und steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Nach der EU-DSGVO hat jedes Vereinsmitglied und jeder Mitwirkende insbesondere die folgenden Rechte:

- Das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO)
- Das Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Das Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Das Recht auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO)

Dem Mitglied steht ferner ein Beschwerderecht bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu.

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Änderungen von personenbezogenen Daten des Mitglieds sind unverzüglich dem Vorstand des Vereins mitzuteilen.

Schreiben, an denen der Verein ein berechtigtes Interesse hat wie bspw. Einladungen zu Mitgliederversammlungen oder wenn um Ihre Mithilfe gebeten wird, werden bei Bedarf an Sie versandt.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich **die Vereinssatzung** und **die Geschäftsordnung** des Vereins Kinderspielstadt Ditziput e.V. an und **willige dazu ein**, dass der Verein „Kinderspielstadt Ditziput e.V.“, die in der Beitrittserklärung erhobenen **personenbezogenen Daten** zu den genannten Zwecken speichern, verarbeiten und nutzen kann.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**  
Kinderspielstadt Ditziput e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

**Straße und Hausnummer:**  
Schlehenweg 7

**Postleitzahl und Ort:**  
D- 70839 Gerlingen

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

| DE43ZZZ00000588179 |

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

| |

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 Zahlung**

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer:**

**Postleitzahl und Ort:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

| D E |

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

| |

**Ort:**

**Datum (TT/MM/JJJJ):**

| |

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**