



BEITRITTSERKLÄRUNG

LAB Treffpunkt: Eintrittsdatum:

Ich beantrage die Mitgliedschaft im LAB e.V.:

Name:.....Vorname:.....

Geb.-Datum:.....Telefon:.....

Straße: PLZ/Ort:.....

E-Mail:

Im Notfall zu informieren:

Name der Kontaktperson:.....

Telefonnummer der Kontaktperson:.....

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein und wurde über die Satzung, Aufgaben und Ziele des LAB e.V. informiert.

Der Beitritt kann innerhalb von 2 Wochen ab Beitrittsdatum schriftlich widerrufen werden. Der Mitgliedsbeitrag ist im Voraus fällig. Eine Zahlungsaussetzung aufgrund von Urlaub oder Krankheit ist nicht möglich. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate und muss schriftlich an den Treffpunkt erfolgen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Monatsbeitrag 5,00€, | <input type="checkbox"/> Vierteljährlich 15,00€, |
| <input type="checkbox"/> Halbjährlich 30,00€ | <input type="checkbox"/> Jährlich 60,00€ |

Als LAB Lange Aktiv Bleiben e.V.-Mitglied erkläre ich mich mit der Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten laut EU – DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) im Rahmen meiner LAB Mitgliedschaft einverstanden.

Der LAB darf Fotos von mir, als Teilnehmer einer LAB-Veranstaltung, im Internet veröffentlichen. Diese Genehmigung gilt ab sofort. Sie ist jederzeit widerrufbar. **(Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Löschungen von Daten im Internet aufwendig bzw. meist sogar unmöglich sind.)**

Datum:..... *Unterschrift LAB*.....

Datum:..... Unterschrift Mitglied.....