



Im Übrigen sind wir der Meinung, dass es in Konstanz ein Autismus-Therapie-Zentrum geben muss!

### Beitrittserklärung

Ich/wir möchte(n) Mitglied(er) der Spektralkräfte – Netzwerk Autismus Konstanz e.V. werden:

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

Straße, Nr.: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Handy: .....

E-Mail: .....

Mit der Angabe der E-mail Adresse erkläre ich mich mit der Übermittlung von Informationen des Vereins einverstanden.

### Einzugsermächtigung

Jahresbeitrag: Einzelperson: 30,00 €/ Familien: 40,00 €, ermäßigte Mitgliedschaft (Studenten/Rentner): 20€/Jahr, Kinder und Jugendliche <18Jahren: 10€/Jahr.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Spektralkräfte – Netzwerk Autismus Konstanz e.V. den zu zahlenden Jahres-Mitgliedsbeitrag von .....€ bzw. eine einmalige Spende in Höhe von: .....€, eine jährliche Spende in Höhe von: .....€, von meinem Konto abzubuchen.

Kontoinhaber: ..... Bank: .....

BIC: ..... IBAN: .....

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

Der Einzug wird mit der Gläubiger-ID: DE62ZZZ00002421234 gekennzeichnet, sowie mit Deiner/Eurer Mandatsreferenz, welche Dir/Euch nach Eingang des Mitgliedsantrages persönlich mitgeteilt wird. Dieses Lastschriftmandat kann jederzeit widerrufen werden und erlischt automatisch bei Beendigung der Mitgliedschaft.

### Einwilligung Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Spektralkräfte – Netzwerk Autismus Konstanz e.V., meine/unsere personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) zur Abwicklung, ausschließlich vereinsbezogener Vorgänge, verarbeitet.

- Bankverbindung, zur Abbuchung der Jahresbeiträge, an die zuständige Bank des Vereins
- Adressdaten, Telefonnummer und E-mail-Adresse für die interne Kommunikation
- Personenbezogene Daten für die Festlegung der Mitgliedschaft

Die Weitergabe meiner/unsere Daten an Dritte wird ausgeschlossen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich gemäß Artikel 13 der Datenschutzgrundverordnung über den Umgang mit meinen/unsere personenbezogenen Daten informiert wurde.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

Bitte senden an:

Spektralkräfte – Netzwerk Autismus Konstanz e.V., Bettwiesen 10, 78465 Konstanz - oder [oeffentlichkeitsarbeit@spektralkraefte.de](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@spektralkraefte.de)