



Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in dem Verein Ruth Cohn Institut für TZI, Rheinland / Westfalen e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 140,00 Euro. Er kann auf Antrag auf 90 Euro reduziert werden.

Name, Vorname

TZI-Kenntnisse

Beruf

in Ausbildung

Geburtstag

Zertifikat

Straße, Nr.

Diplom

PLZ, Ort

sonstiges

... Telefon*

Mobil*

Homepage*

E-Mail

* Freiwillige Angaben

Die Datenschutzerklärung (Seite 2) des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen.

Die aktuelle Satzung ist auf der Internetseite: <https://www.ruth-cohn-institut-rw.de/mitglied-werden.html> unter Satzung veröffentlicht. Mit meiner Unterschrift habe ich sie anerkannt.

Anmeldung und Datenschutzerklärung (Seite 2) bitte unbedingt beide unterschreiben.

Datum:

Unterschrift:

Solidaritätsfond

Zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag zahle ich

monatlich: €

einmalig: €

in den Solidaritätsfond. Der Solidaritätsfond dient dazu Mitgliedsbeiträge zu reduzieren für Mitglieder, die den vollen Mitgliedsbeitrag nicht zahlen können.

... Die Reduzierung bitte schriftlich, durch einen formlosen Antrag, bei der Geschäftsstelle beantragen.

Datum:

Unterschrift:

Bei gewünschtem Einzug des Mitgliedsbeitrages durch den Verein Ruth Cohn Institut Rheinland/Westfalen bitte das SEPA-Lastschriftenmandat auf Seite 3 ausfüllen.

Ruth Cohn Institut Rheinland/Westfalen e.V.
Geschäftsstelle: Karin Schwartz
Jahnstr. 19
41541 Dormagen

Tel: +49 2133 289 386
Fax: +49 2133 289387
E-Mail: kontakt@rci-rw.de
Internet: www.ruth-cohn-institut-rw.de

IBAN: DE50 3005 0110 0029 0073 58

BIC: DUSSEDDXXX



Datenschutzerklärung

zwischen dem Ruth Cohn Institut für TZI Rheinland/Westfalen e.V. -
vertreten durch den Vorstand und

Name, Vorname:

Adresse:

Die im Aufnahmeantrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse, Bankdaten, ggf. Homepage, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses (Mitgliedschaft) notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Die Daten werden in der zentralen Datenbank des RCI-international und seiner Mitgliedsvereine gespeichert.

Diese personenbezogenen Daten, werden im Rahmen der Vereinsaktivitäten verwendet und werden nur im Internet mit: Name, Vorname, Adresse; Tel. Nummern, E-Mailadresse, Homepage, in einem geschützten Bereich des RCI-Rheinland/Westfalen den Mitgliedern zugänglich, veröffentlicht, wenn die Mitglieder*innen dem zugestimmt haben.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Daten, im geschützten Bereich, zur Kontaktaufnahme der Mitglieder*innen untereinander, zu.

Der Vereinsvorstand weist hiermit darauf hin, dass ausreichende technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes getroffen wurden.

Wenn Sie es wünschen, werden die Daten von RCI-international und seinen Mitgliedsvereinen im Sinne von Ziel und Zweck des Vereins genutzt. Dies schließt u.a. den Versand von Seminarangeboten, den mehrmals im Jahr erscheinenden RCI-NEWS, Einladungen zu Veranstaltungen (Kongressen, Netzwerktreffen etc.) des RCI-international und seiner Mitgliedsvereine ein.

Bitte kreuzen Sie das Gewünschte an:

ich möchte Informationen (News, Einladungen etc.) von meinem Verein, dem RCI Rheinland / Westfalen e.V., erhalten.

ich möchte Informationen (News, Einladungen etc.) vom RCI-international erhalten.

ich möchte keinerlei Informationen erhalten.

Auf Anfrage werden Sie über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und deren Verarbeitung informiert und diese gegebenenfalls korrigiert. Auf Ihren Wunsch hin werden wir Ihre Daten jederzeit löschen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Bedingungen dieser Datenschutzerklärung an.

Datum:

Unterschrift des Mitglied:



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE05ZZZ00000928654.

Ich ermächtige den Verein Ruth Cohn Institut für TZI Rheinland/Westfalen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ruth Cohn Institut auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name:

Vorname:

Anschrift:

Kreditinstitut:

IBAN:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Datum:

Unterschrift:

Achtung, wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt:

Mandatsnummer: