

**Förderer und Alumni  
der DHBW Ravensburg e.V.  
Marienplatz 2  
88212 Ravensburg**

## Beitrittserklärung

Hiermit trete (n) ich/wir dem Verein **Förderer und Alumni der DHBW Ravensburg e.V.** (VFA) bei.

Die auf der Webseite der DHBW Ravensburg zur Verfügung gestellte Satzung sowie die Beitragsordnung erkenne(n) ich/wir in allen Punkten an. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der VFA bei studentischen Mitgliedern den Status der Mitgliedschaft zum Beginn des folgenden Kalenderjahres ändern wird, wenn die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft als Student nicht mehr gegeben sind.

Der Austritt aus dem Verein ist schriftlich (auch per Email) unter den in der Satzung genannten Bedingungen zu erklären und nur zum Ende des Kalenderjahres möglich. Bereits entrichtete Beiträge werden nicht erstattet.

Änderungen der Adresse oder Bankverbindung werde ich dem Verein umgehend mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname / Firma

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Falls Sie an der DHBW Ravensburg bzw. BA Ravensburg studiert haben, geben Sie uns bitte auch die folgende Information:

\_\_\_\_\_  
Studiengang

\_\_\_\_\_  
Abschlussjahr

### Datenschutzbestimmungen:

Ich willige ein, dass der VFA die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Adresse, Email-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung sowie zusätzlich bei Absolventen oder Studierenden Studienrichtung und Abschlussjahr) zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und des Beitragseinzuges verarbeitet und nutzt.

Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Dies beinhaltet auch, dass die Daten nicht für Werbezwecke genutzt werden. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht aufgrund gesetzlicher Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. der Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person beim VFA gespeichert sind. Außerdem kann ein Mitglied, falls fehlerhafte Daten gespeichert wurden, eine Korrektur verlangen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:

**Bitte auch die umseitigen Daten eintragen und die Einzugsermächtigung unterzeichnen!**

## Mitgliederkategorie:

Bitte auswählen

- |                          |  |                           |      |
|--------------------------|--|---------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Persönliches Mitglied</b>               | Mitgliedsbeitrag pro Jahr | 30 € |
| <input type="checkbox"/> | <b>Studierende (r) der DHBW Ravensburg</b> | Mitgliedsbeitrag pro Jahr | 10 € |
| <input type="checkbox"/> | <b>Unternehmen</b>                         |                           |      |

Der jährliche Mindestbeitrag für Unternehmen beträgt 200 €. Der VFA freut sich jedoch auf freiwillige Erhöhung des Beitrags, um seinen vielfältigen Aufgaben besser gerecht werden zu können.

*Falls zutreffend, bitte ankreuzen und ausfüllen:*

- Wir sind mit einer freiwilligen Höhergruppierung unseres jährlichen Mitgliedsbeitrags einverstanden.

Unser gesamter jährlicher Mitgliedsbeitrag soll daher betragen:

- 400,- €** (empfohlen für Unternehmen mit 100 - 500 Mitarbeitern)  
 **800,- €** (empfohlen für Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern)  
 anderer Betrag: ..... €

## Persönliche Daten bzw. Unternehmensdaten

Firma	
Abteilung/Ansprechpartner	
Straße, Hausnummer	
PLZ und Ort	
Email	
Telefon	
Mobiltelefon	

### Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger (VFA), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (VFA) auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Die Einzüge erfolgen mit der Gläubiger-ID DE15ZZZ00000546973 und Angabe der Mandatsreferenznummer (siehe separate Mitteilung).

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN des Zahlungspflichtigen DE

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber