

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zum Blinden- und Sehbehindertenverein für Koblenz und Umgebung e. V..

Name, Vorname:

--

Straße, Hausnummer:

--

PLZ: Wohnort:

--	--	--	--	--	--

Telefon:

Email-Adresse:

--	--

Geburtsdatum:

	.		.	
--	---	--	---	--

Ich bin: sehbehindert blind

Der Grad meiner Behinderung – ausschließlich wegen der Sehbehinderung – wurde vom Amt für soziale Angelegenheiten (früher: Versorgungsamt) mit GdB: festgesetzt.

Datum

Unterschrift

	.		.		
--	---	--	---	--	--

Datenschutzbestimmungen:

Ich willige ein, dass der Blinden- und Sehbehindertenverein für Koblenz und Umgebung e. V. als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Grad der Behinderung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Übermittlung von Informationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden.

Der Übermittlung dieser Daten an die Dachorganisationen Landesblinden- und Sehbehindertenverband Rheinland Pfalz e. V. und Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. zwecks Erstellung der DBSV-Karte stimme ich zu. Diese Datenübermittlung ist aus organisatorischen Gründen notwendig.

Eine Datenübermittlung an Dritte außerhalb der Dachorganisationen findet nicht statt.

Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

(Unterschrift)