



Aufnahmeantrag

Ich/Wir beantrage(n) hiermit die Aufnahme als Mitglied zum

VOB-Konditionenkartell des rheinland-pfälzischen Handwerks e. V.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tage der Entscheidung über diesen Aufnahmeantrag

Name: Vorname:

Firmenbezeichnung:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: Telefax:

Mobil:

E-Mail: Homepage:

Für Mitglieder gilt der Jahresbeitrag in Höhe von 150,00 €.

(Ort und Datum)

(Firmenstempel)

(Unterschrift)



Einwilligungserklärung

1) Die Erhebung und Speicherung sowie Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen in diesem Aufnahmeantrag mitgeteilten und anderer personenbezogener Daten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie die Aufnahme von Fotos, Videos, etc., insbesondere bei Veranstaltungen des VOB-Konditionenkartells, ist zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und rechtlichen Verpflichtungen des Kartells sowie zur Wahrung ihrer berechtigten Interessen, insbesondere hinsichtlich der mitgliedschaftlichen Beziehungen, erforderlich. Dies schließt selbstverständlich auch die Informationsübermittlung an Sie als Innungsmitglied ein. Eine Verpflichtung zur Erteilung von Einwilligungen besteht grundsätzlich nicht und erteilte Einwilligungen können jederzeit – einzeln oder insgesamt – für die Zukunft widerrufen werden. Ein eventueller Widerruf ist zu richten an das VOB-Konditionenkartell, E-Mail: info@vob-kartell.de oder postalisch an die Adresse Burgstr. 39, 67659 Kaiserslautern. In diesem Fall werden die aufgrund dieser Einwilligungserklärung erhobenen und gespeicherten Daten gelöscht.

2) Sie können Auskunft über die Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen, bei Unrichtigkeit dieser Daten, deren Berichtigung und bei unzulässiger Speicherung deren Löschung fordern sowie Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einlegen. Außerdem haben Sie das Recht, der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit zu widersprechen, soweit besondere Gründe vorliegen.

3) Ihre Daten werden grundsätzlich gelöscht, sobald der Zweck ihrer Verarbeitung entfällt. Das gilt insbesondere dann nicht, wenn darüber hinaus gehende, gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Eine etwaige Weitergabe Ihrer Daten erfolgt ausschließlich aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen an öffentliche Stellen oder an natürliche bzw. juristische Personen des Privatrechts, die ein berechtigtes Interesse an der Verwendung Ihrer Daten darlegen, oder wenn eine ausdrückliche Einwilligung vorliegt.

4) In Kenntnis dieser Informationen (Artikel 13 DSGVO) **willige/n ich/wir ein**, dass das VOB-Konditionenkartell

- die von mir/uns mit diesem Aufnahmeantrag mitgeteilten sowie auch andere personenbezogene Daten sowie Fotos, Videos, etc., insbesondere bei Veranstaltungen des VOB-Konditionenkartells, erheben bzw. aufnehmen und speichern sowie verarbeiten und nutzen und auch im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Kartells – unabhängig von der Form des jeweiligen Mediums – publizieren dürfen (Pressemitteilungen, Presseveröffentlichungen, Mitgliederlisten, etc.). Dies schließt auch die Veröffentlichung der Adress- und Kontaktdaten meines/unseres Betriebes im internen Mitgliedsbereich auf der Homepage des VOB-Konditionenkartells mit ein. Sollten Sie mit der Veröffentlichung Ihres Betriebes auf der Homepage unter www.vob-kartell.de nicht einverstanden sein, teilen Sie uns dies bitte mit einer kurzen E-Mail an info@vob-kartell.de mit dem Betreff/Stichwort „Keine Veröffentlichung im Internet“ mit.
- Ich/Wir willige(n) ein, dass ich/wir seitens des VOB-Konditionenkartells mit den hausinternen Publikationen und Informationen (Rundschreiben, Einladungen, etc.) versorgt werde(n).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Firmenstempel

SEPA – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

**VOB-Konditionenkartell des
rheinland-pfälzischen Handwerks e. V.
Burgstraße 39
67659 Kaiserslautern**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00001383867

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Die Mandatsreferenznummer wird mir/uns rechtzeitig vor dem Lastschritfeinzug mitgeteilt.

Das SEPA-Lastschriftmandat ist solange gültig, bis ich/wir widerspreche/n.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name/Vorname/Firma	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Mitgliedsnummer	

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _

Kreditinstitut: _____

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber); Firmenstempel