

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Vorname, Nachname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Handy	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Eintrittsdatum	

**Hiermit trete ich dem Verein Aidshilfe Paderborn e.V. bei.**

Der Jahresbeitrag beträgt:

- \_\_\_\_\_ €, in Worten \_\_\_\_\_ € pro Jahr
- 50,-€ im Jahr
- 25,- € im Jahr ermäßigter Jahresbeitrag für Menschen in Schulausbildung, im Studium, ohne Arbeit, in Rente (Nachweis ist angefügt)

Ich zahle meinen Beitrag per SEPA- Lastschriftmandat (Rückseite)

Gleichzeitig verpflichte ich mich gegenüber Außenstehenden dauernde und unbedingte Verschwiegenheit zu wahren über:

1. alles, was ich über dem Wesen nach vereinsinterne Angelegenheiten der Aidshilfe erfahre.
2. alles, was ich über persönliche Verhältnisse und Angelegenheiten von Menschen, die die Beratungsstelle besuchen oder dort betreut werden, ehrenamtlich und hauptberuflich Mitarbeitenden erfahre.
3. alles was ich von jemand anderem erfahre, worüber diese / dieser nach 1. und 2. zur Verschwiegenheit verpflichtet ist.

Diese Schweigepflicht gilt auch für das, was ich vor Unterzeichnung dieser Erklärung als Vereinsmitglied des Aidshilfe Paderborn e.V. bereits erfahren habe. Sie gilt weiter, auch wenn ich aus dem Verein Aidshilfe Paderborn e.V. ausscheide.

Diese Erklärung habe ich durchgelesen und verstanden.

Paderborn, den \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Paderborn, den \_\_\_\_\_

