

Hiermit ersuche ich, um die Aufnahme als Mitglied des Jugendzentrums Fly VFG I Kinder Jugend Kultur und erkläre die Statuten anzunehmen und verpflichte mich dazu, den jeweiligen Jahresbeitrag zu bezahlen.

Vorname u. Nachname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum u. Geburtsort \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Erziehungsberechtigte (falls unter 18 Jahren) \_\_\_\_\_  
 Tel. des Erziehungsberechtigten (falls unter 18 Jahren) \_\_\_\_\_

**Ich entrichte folgenden Beitrag (bitte ankreuzen):**

- Basismitgliedsbeitrag von 3,00 €  
 High – Five – Mitgliedschaft 5,00 €  
 VIP – Mitgliedschaft 10,00€

- Ich habe den **Datenschutz** gelesen und genehmigt.  
 Ich habe die **Hausordnung** gelesen und genehmigt.  
 Ich möchte das Monatsprogramm erhalten.

Datum \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

(falls unter 18 Jahren Unterschrift vom Erziehungsberechtigten)

Die Unterfertigten nehmen zur Kenntnis, dass Daten, die dem Verein freiwillig zur Verfügung gestellt werden, gespeichert und nur zum Führen des Vereins bzw. zu dessen Notwendigkeiten verwendet werden. Dem Verein gegenüber können alle Rechte laut Datenschutzgesetz (EU Verordnung 2016/679), über welche sie informiert wurden ausgeübt werden. Sie geben ihre Zustimmung dazu, dass die Daten weitergegeben werden, wenn dies zur Führung bzw. für den Verein notwendig oder nützlich ist. Ich erlaube hiermit dem Jugendzentrum Fly VFG Fotos der obengenannten Person für die Öffentlichkeitsarbeit zu verwenden.

Datum \_\_\_\_\_ Beitrag \_\_\_\_\_

Bereich \_\_\_\_\_ Art der Bezahlung \_\_\_\_\_

Con la presente chiedo di essere ammessa/o quale associato/a dell'associazione Jugendzentrum Fly VFG I Kinder Jugend Kultur, dichiarando di accettare lo statuto ed obbligandomi a versare il contributo associativo annuale.

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
 Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_  
 Dati del genitore/tutore (se sotto i 18 anni) \_\_\_\_\_  
 Tel. del genitore/tutore (se sotto i 18 anni) \_\_\_\_\_

**Pago il seguente contributo associativo (prego contrassegnare):**

- contributo associativo base di euro 3,00 €  
 contributo associativo High Five 5,00€  
 contributo associativo VIP 10,00€

- Ho letto e approvato **l'informativa sulla privacy**.  
 Ho letto e approvato le **regole della casa**.  
 Vorrei ricevere il programma mensile.

Data \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

(firma del genitore/tutore se sotto i 18 anni)

I sottoscritti prendono atto che i dati personali conferiti comunque facoltativamente alla predetta associazione saranno registrati e trattati per finalità inerenti la gestione dell'associazione ed esigenze della stessa. Ha facoltà di esercitare nei confronti dell'associazione, che senza il conferimento dei dati non è in grado di assolvere le proprie prestazioni a favore degli associati, tutti i diritti scaturenti della legge sulla privacy (Regolamento UE 2016/679)), diritti sui quali i sottoscritti dichiarano di essere stati informati. Acconsente alla comunicazione dei dati ove ciò sia necessario o utile ai fini gestionali dell'associazione. Autorizzo Jugendzentrum Fly VFG di pubblicare foto della persona sopra indicata per relazioni pubblici.

Data \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

Area: \_\_\_\_\_ metodo di pagamento \_\_\_\_\_