

# Aufnahme- antrag



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

.....  
(Innung)

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tage der Entscheidung über diesen Aufnahmeantrag.

Name: ..... Vorname: .....

Firmenbezeichnung: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

Mobil: .....

E-Mail: ..... Homepage: .....

Zur Zeit beträgt die jährliche Lohnsumme .....  
(dient zur Beitragsveranlagung)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift, Firmenstempel



KREISHANDWERKERSCHAFT  
WESTPFALZ

## **Einwilligungserklärung**

**zur Meldung der Lohnsummen  
durch die Berufsgenossenschaften  
an die Kreishandwerkerschaft Westpfalz,  
Burgstraße 39, 67659 Kaiserslautern,**

### **Körperschaft des öffentlichen Rechts**

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass sich die Innung als Grundlage für die Beitragsermittlung von der zukünftigen Berufsgenossenschaft die Lohn- und Gehaltssummen meines/unseres Betriebes bekannt geben oder sie zum gleichen Zweck durch den zuständigen Landesverband sowie die Zusammenschlüsse von Landesverbänden auf Landes- und Bundesebene meines /unseres Handwerks bei der Berufsgenossenschaft abrufen lässt. Insoweit entbinde ich die Berufsgenossenschaft von ihrer Geheimhaltungspflicht.

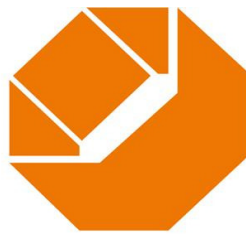
Berufsgenossenschaft: .....

Berufsgenossenschaft-Nummer: .....

Die abgefragten Lohn- und Gehaltssummen verwenden wir ausschließlich, um Ihren Innungsbeitrag festzusetzen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, 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 der Kreishandwerkerschaft Westpfalz und der von ihr betreuten Innungen, ist zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und rechtlichen Verpflichtungen der KH 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 die Kreishandwerkerschaft Westpfalz, E-Mail: [info@kh-westpfalz.de](mailto:info@kh-westpfalz.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, insbesondere an die entsprechende Fachorganisation oder den Fachverband, die ihre Daten zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen, 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 die Kreishandwerkerschaft Westpfalz sowie die jeweilige Innung

- die von mir/uns mit diesem Aufnahmeantrag mitgeteilten sowie auch andere personenbezogene Daten sowie Fotos, Videos, etc., insbesondere bei Veranstaltungen von Kreishandwerkerschaft und Innungen, erheben bzw. aufnehmen und speichern sowie verarbeiten und nutzen und auch im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der KH Westpfalz – 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 über die Online-Suche auf der Homepage der KH Westpfalz sowie gegebenenfalls der jeweiligen Innung oder des jeweiligen Verbandes mit ein. Sollten Sie mit der Veröffentlichung Ihres Betriebes auf der Homepage unter [www.kh-westpfalz.de](http://www.kh-westpfalz.de) oder der jeweiligen Innungs- und Verbands-Homepage nicht einverstanden sein, teilen Sie uns dies bitte mit einer kurzen E-Mail an [info@kh-westpfalz.de](mailto:info@kh-westpfalz.de) mit dem Betreff/Stichwort „Keine Veröffentlichung im Internet“ mit.
- Ich/Wir willige(n) ein, dass ich/wir seitens der KH Westpfalz sowie der jeweiligen Innung mit den hausinternen Publikationen und Informationen (Mitteilungsblatt „Blaues Rundschreiben“, Innungs- u. Verbandsinformationen, etc.) versorgt werde(n).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift, Firmenstempel

# SEPA –Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

**Kreishandwerkerschaft Westpfalz**

**Burgstr. 39**

**67659 Kaiserslautern**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000270783**

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 Lastschritteinzug 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