

## Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit meinen Beitritt in die IG f. Therapeutisches Reiten und Bewegungsförderung mit dem Pferd - HIPPOKRENE e.V.

Folgende Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich:



### Pflichtangaben:

Geschlecht:         männlich     weiblich     andere

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung\* und Ordnungen (siehe Vertrag) des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Die mir ausgehändigten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Interessengemeinschaft für  
Therapeutisches Reiten und  
Bewegungsförderung mit  
dem Pferd e.V.**

Geschäftsadresse:  
Dr. Meike Riedel  
Hesselner Str. 3  
33790 Halle (Westfalen)  
Mob.: 0174 - 9817614  
info@hippokrene.de  
www.hippokrene.de

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen  
bzw. Geschäftsunfähigen

### Freiwillige Angaben:

Telefonnummer (Festnetz/Mobil):

E-Mail-Adresse:

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden dürfen, wie zum Beispiel bei kurzfristigen Terminänderungen oder dem elektronischen Versenden von Einladungen und aktuellen Mitteilungen.

**Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei  
Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen

\* Die Satzung ist unter [www.hippokrene.de](http://www.hippokrene.de) einsehbar oder auf Wunsch beim Vorstand erhältlich.

Wird von HIPPOKRENE ausgefüllt:

Mandats-Referenz: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Beschluss am: \_\_\_\_\_  ja  nein

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Sparkasse Bielefeld, IBAN: DE 20 4805 0161 0015 3608 45, BIC SPBIDE33XXX**

## Einwilligung in die Veröffentlichung von Personenbildnissen

- (freiwillig) -



Ich willige ein, dass Fotos und Videos von meiner Person bei Veranstaltungen des Vereins und zur Präsentation von Gruppen angefertigt und in folgenden Medien veröffentlicht werden dürfen:

- Homepage des Vereins
- Facebook-Seite des Vereins
- regionale Presseerzeugnisse (z.B. Haller Kreisblatt, Westfalen Blatt, Haller Willem)

Hierbei geht es nicht um Fotos und Videos, die während der normalen Durchführung unserer Behandlungen und Bewegungsangebote gemacht werden, sondern nur um Fotos und Videos im Rahmen von Veranstaltungen des Vereins. Anderes Bildmaterial wird von HIPPOKRENE nur mit gesondertem Einverständnis der Betroffenen angefertigt und veröffentlicht.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Fotos und Videos mit meiner Person bei der Veröffentlichung im Internet oder in sozialen Netzwerken weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung und/oder Veränderung durch Dritte kann hierbei nicht ausgeschlossen werden. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung muss in Textform (Brief oder per Mail) gegenüber dem Verein erfolgen.

Eine vollständige Löschung der veröffentlichten Fotos und Videoaufzeichnungen im Internet kann durch HIPPOKRENE e.V. nicht sichergestellt werden, da z.B. andere Internetseiten die Fotos und Videos kopiert oder verändert haben könnten. HIPPOKRENE – IG f. Therapeutisches Reiten und Bewegungsförderung mit dem Pferd e.V. kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Form der Nutzung durch Dritte wie z. B. für das Herunterladen von Fotos und Videos und deren anschließender Nutzung und Veränderung.

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass trotz meines Widerrufs Fotos und Videos von meiner Person im Rahmen der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen des Vereins gefertigt und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit veröffentlicht werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen:**

Bei Minderjährigen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, ist neben der Einwilligung der gesetzlichen Vertreter auch die Einwilligung des Minderjährigen erforderlich.

Ich/Wir habe/haben die Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung der Personenbilder und Videoaufzeichnungen zur Kenntnis genommen und bin/sind mit der Veröffentlichung einverstanden.

Vor- und Nachname/n des/der gesetzlichen Vertreter/s: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter/s: \_\_\_\_\_

### **Der Widerruf ist zu richten an:**

HIPPOKRENE – IG. f. Therapeutisches Reiten und Bewegungsförderung mit dem Pferd. e.V., Hesselner Str. 3, 33790 Halle (Westfalen), info@hippokrene.de