

Mitgliedsantrag

Ich trete als förderndes Mitglied dem Förderverein Palliativmedizin am Universitätsklinikum Regensburg e.V. bei:

Titel/Vorname/Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Jährlicher Mindestbeitrag 25 Euro - Ich setze meinen Jahresbeitrag auf _____ € fest.

Ich stimme der Verwaltung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.

Die Verwaltung und Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt aufgrund Einwilligung der Mitglieder im Rahmen dieses Aufnahmeantrags. Zweck ist der Vereinsbetrieb. Betroffene haben das Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie Datenübertragbarkeit. Da die Verwaltung und Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich auf Grundlage der Einwilligung des Mitglieds erfolgt, wird besonders auf die Möglichkeit der Widerrufbarkeit von Einwilligungen hingewiesen. Da eine Mitgliedschaft ohne Verwaltung personenbezogener Daten nicht möglich ist, bedingt die Nichteinwilligung oder ein Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung auch das Ende der Mitgliedschaft im Verein bzw. die Nichtaufnahme.

Die ausführlichen Bestimmungen können auf der Internetseite des Vereins oder beim Vorsitzenden eingesehen werden.



Datum, Unterschrift

Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber(falls abweichend): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich ermächtige den Förderverein Palliativmedizin am Universitätsklinikum Regensburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Palliativmedizin am Universitätsklinikum Regensburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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



Datum, Unterschrift