

Beitrittserklärung zum Krankenpflege-Förderverein Dornstetten

Anschrift: Krankenpflege-Förderverein Dornstetten, Kirchplatz 7, 72280 Dornstetten
Telefon: 07443-6402, Fax: 07443-170 115

- Hiermit erkläre **ich** meinen Beitritt zum Krankenpflege-Förderverein
 Hiermit erklären **wir** unseren Beitritt zum Krankenpflege-Förderverein

Name	Vorname	Geburtsdatum

Beitrittserklärung (Datenschutzhinweise)

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die von Ihnen in Ihrer Beitrittserklärung angegebenen Daten über Ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sog. personenbezogene Daten) auf Datenverarbeitungs-Systemen des Vereins, gespeichert und für Verwaltungszwecke des Vereins verarbeitet und genutzt werden.

Wir sichern Ihnen zu, Ihre personenbezogenen Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Außenstehende weiterzugeben. Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die, bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und Korrektur verlangen, soweit die beim Verein gespeicherten Daten unrichtig sind. Sollten die gespeicherten Daten für die Abwicklung der Geschäftsprozesse des Vereins nicht notwendig sein, so können Sie auch eine Sperrung, gegebenenfalls auch eine Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit es für Vereinszwecke erforderlich ist.

PLZ	Ort	Straße/Haus-Nr.	Telefon
Mailadresse			

Ort	Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Den Jahresbeitrag (Mindestbeitrag 14 €, Familienbeitrag 25 €)

werde ich durch Erteilung eines Dauerauftrags an meine Bank jeweils zu Beginn eines jeden Jahres überweisen.

bitte ich, mittels SEPA-Lastschriftmandat für Krankenpflege-Förderverein Dornstetten, Kirchplatz 7, 72280 Dornstetten einzuziehen.

Mandatsreferenz **KPFVDxxx**, Gläubiger-Identifikationsnummer **DE40KFD00000376870**

Ich ermächtige den Krankenpflege-Förderverein Dornstetten Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflege-Förderverein Dornstetten 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name	Vorname	
PLZ, Ort	Straße	
Kreditinstitut	IBAN	BIC
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber

Bankverbindung: IBAN: DE68 6426 2408 0055 5890 06, BIC: GENODES1VDS