

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied des Vereins Morbus Wilson e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit jährlich 30,- Euro für Einzelmitglieder, 50,- Euro für Familienmitgliedschaft und 100,- Euro für Firmen, zahlbar bis zum 01. Februar des jeweiligen Jahres.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*Name: _____

*Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

*Str./Hausnummer: _____

*PLZ/Wohnort: _____

*Land (wenn nicht D): _____

*Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Der Morbus Wilson e.V. speichert meine personenbezogenen Daten ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke, insbes. zur Erleichterung der Mitgliederverwaltung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt unter Beachtung der DSGVO und der aktuellen Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes. Eine Weitergabe der Daten an Dritte außerhalb des Morbus Wilson e.V. ist ausgeschlossen.

Ich bin mit der Weitergabe meines Namens und meiner Anschrift an andere Mitglieder des Vereins Morbus Wilson e.V. ausschließlich zur Erfüllung satzungsgemäßer Zwecke einverstanden:

ja

nein

Ich bin selbst an Morbus Wilson erkrankt:

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, dass diese Angaben im Hinblick und zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke der Selbsthilfeaktivitäten des Vereins für die Dauer meiner Mitgliedschaft gespeichert werden.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit gegenüber dem Verein widerrufen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Bitte drucken Sie die Beitrittserklärung aus, unterschreiben diese und senden sie an Morbus Wilson e.V., Zehlendorfer Damm 119, 14532 Kleinmachnow

SEPA-Lastschrift-Mandat:

Ich ermächtige bis auf Widerruf den Morbus Wilson e.V., Zehlendorfer Damm 119, 14532 Kleinmachnow, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir meine/unsere Bank an, die vom Morbus Wilson e.V., Zehlendorfer Damm 119, 14532 Kleinmachnow, auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*IBAN: _____

*BIC: _____

*Name der Bank: _____

*Ort der Bank: _____

*Kontoinhaber: _____

*Anschrift des Kontoinhaber: _____

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Einverständnis:

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein Morbus Wilson e.V. meine personenbezogenen Daten ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung unter Beachtung der aktuellen Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes nutzt. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des Vereins Morbus Wilson e.V. ist ausgeschlossen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Bei Familienmitgliedschaft tragen Sie bitte nachfolgend weitere Angaben der Angehörigen ein. Volljährige Angehörige müssen durch Unterschrift Ihre Mitgliedschaft und Einverständnis bestätigen.

Im Bedarfsfalle drucken Sie diese Seite bitte mehrfach aus.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*Name/Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

*Straße/Hausnr: _____

*PLZ/Wohnort: _____

Land (wenn nicht D): _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Ich bin mit der Weitergabe meines Namens und meiner Anschrift an andere Mitglieder des Morbus Wilson e.V. ausschließlich für die satzungsgemäßen Zwecke einverstanden:

ja

nein

Ich bin selbst an Morbus Wilson erkrankt:

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, dass diese Angaben im Hinblick und zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke der Selbsthilfeaktivitäten des Vereins für die Dauer meiner Mitgliedschaft gespeichert werden.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit gegenüber dem Verein widerrufen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Morbus Wilson e.V. meine personenbezogenen Daten ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke speichert, insbesondere zur Erleichterung der Mitgliederverwaltung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt unter Beachtung der DSGVO und der aktuellen Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes. Eine Weitergabe der Daten an Dritte außerhalb des Morbus Wilson e.V. ist ausgeschlossen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____