

Beitrittserklärung zum Verein der Freunde und Förderer des Krankenhauses Vilshofen e.V.

An den
Verein der Freunde und Förderer
des Krankenhauses Vilshofen e.V.
Krankenhausstraße 32

94474 Vilshofen a.d. Donau

Aufklärung Datenschutz:

Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Sie können die Mitgliedschaft sowie die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt. Es besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz gemäß Art. 77 DSGVO. Sie haben das Recht, Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten zu erhalten. Ihre Daten werden gelöscht bzw. vernichtet, wenn sie für die Zweckerreichung nicht mehr erforderlich sind und eine Aufbewahrungspflicht nicht mehr besteht. In der Regel ist dies erst der Fall nach Ausscheiden eines Vereinsmitglieds.

hier falten

AUFNAHMEANTRAG

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum/- ort: _____

Beruf: _____

Telefon/Handy/E-Mail: _____

Ich möchte nicht postalisch, telefonisch oder per Email kontaktiert werden bei Vereinsneuigkeiten.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein des Krankenhauses Vilshofen e.V., Krankenhausstr. 32, 94474 Vilshofen. Mit dem Einzug des jeweils gültigen Vereinsbetrags (**z.Zt. 12,50 €**) bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA BASISLASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger: Verein der Freunde und Förderer des Krankenhauses Vilshofen e.V.

Gläubiger ID: DE90ZZZ00001938931

hier falten

Mandatsreferenz: _____ (Vergabe durch Verein)

Ich ermächtige den Verein der Freunde und Förderer des Krankenhauses Vilshofen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift