

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

An den  
Verein der Freunde und Förderer  
des Krankenhauses Wegscheid e.V.  
z. H. Kassier Gottfried Binder  
Mühlfeld 16  
94110 Wegscheid

## 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

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Handy/E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft. Mit dem Einzug des jeweils gültigen Vereinsbetrags (z.Zt. 10,00 €) bin ich einverstanden. Die Abbuchung erfolgt jährlich im **III. Quartal**.

Zahlungsempfänger (Gläubiger): Verein d. Freunde und Förderer des KKH Wegscheid e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE54ZZZ00000756567**

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (Vergabe durch Verein)

Beitrag: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

hier falten

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Verein d. Freunde und Förderer des Krankenhauses Wegscheid, Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein d. Freunde und Förderer des Krankenhauses Wegscheid auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnr., PLZ, Ort):

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: DE\_ \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift