

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

An den
Verein der Freunde und Förderer
des Krankenhauses Rotthalmünster e.V.
z. H. Herrn Franz Schönmoser
Andriching 5

94094 Rotthalmünster

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. 13,00 €) bin ich einverstanden. Die Abbuchung erfolgt jährlich am 1. Juli.

Zahlungsempfänger (Gläubiger): Verein d. Freunde und Förderer des KKH Rotthalmünster

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00000291788

Mandatsreferenz: _____ (Vergabe durch Verein)

Beitrag: _____ Mitgliedsnr.: _____

hier falten

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Verein d. Freunde und Förderer des KKH Rotthalmünster, 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 KKH Rotthalmünster 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