

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Sepsis-Hilfe e.V.
Die Satzung einschließlich der Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.



Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:		
PLZ:	Ort:	Telefon:
E-Mailadresse:		
Ich bin <input type="checkbox"/> Betroffene/r <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r <input type="checkbox"/> Unterstützer/in		

Ich beantrage eine Familienmitgliedschaft für folgende Familienmitglieder außer mir:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Betroffene/r	<input type="checkbox"/> Angehörige/r	<input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Betroffene/r	<input type="checkbox"/> Angehörige/r	<input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r

Den Beitrag von 30 € (Einzelmitgliedschaft) bzw. 40 € (Familienmitgliedschaft) zahle ich per

Einzugsermächtigung/SEPA-Mandat.

Ich ermächtige die Deutsche Sepsis-Hilfe e. V., Zahlungen jährlicher Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Sepsis-Hilfe e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:
IBAN: DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _
SWIFT/BIC:

Überweisung bis zum 31. Januar des jeweiligen Beitragsjahres auf das untenstehende Vereinskonto, den ersten Beitrag innerhalb von 14 Tagen.

Wir weisen gemäß Datenschutzgrundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung Ihre Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort / Datum

Unterschrift