

Antrag auf Mitgliedschaft

SH HealthCare Friends e.V.

Ich beantrage die Aufnahme in den Verein als

ordentliches Mitglied (*Einzelpersonen*)(Mitgliedsbeitrag **60,00 €** jährlich)

Fördermitglied (*Firma oder Organisation*), Anzahl Mitarbeitende im Betrieb: _____
(Beitrag bis **50 MA: 200,00 €**, **51-100 MA: 500,00 €**, **> 100 MA: 1.000,00 €**)

Firma (optional) _____

Funktion (optional) _____ **Titel** _____

Vorname _____ **Name** _____

Str. Nr. _____

PLZ _____ **Ort** _____

Geb.Dat.: _____ **E-Mail** _____

Mobil-Tel.: _____

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern, E-Mail-Adressen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die jährliche Mitgliedsgebühr innerhalb 14 Kalendertage nach Bewilligung des Antrages/Erhalt der Rechnung auf das Vereinskonto der SH HealthCare Friends e.V. per Lastschrift eingezogen wird. Eine Spendenquittung (für Zahlungen > 300,00 €) geht mir automatisch nach Eingang der Zahlung durch den Verein zu.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, sämtliche Korrespondenz auf elektronischem Wege (E-Mail) zu akzeptieren.**

Oder (im Ausnahmefall möglich):

- Ich wünsche ausdrücklich, formal erforderliche Korrespondenz wie Einladungen zu Mitgliederversammlungen etc. auf dem Postweg zu erhalten.
- Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden:** Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir übermittelt.** Dieses Einverständnis betrifft insbesondere folgende Veröffentlichungen: Fachpresse, social Media-Beiträge. Veröffentlicht werden ggf. Fotos, der Name, die Vereinszugehörigkeit, die Funktion im Verein. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt.

Ort, Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für den Jahresbeitrag an SH HealthCare Friends e.V

Ich ermögliche dem SH HealthCare Friends e.V., Zahlungen auf das Konto des Vereins bei der Commerzbank München (IBAN DE78 7004 0041 0370 470700) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Kontoinhabers (falls abweichend)

Kreditinstitut/IBAN

Diese Erklärung gilt bis auf Weiteres. Ein jederzeit möglicher Widerruf erfolgt schriftlich.

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers

WICHTIG Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift