

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich

Firma _____
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
PLZ _____
Wohnort _____
Strasse _____
Telefon _____
Mobil _____
Email _____

die Aufnahme in Förderverein Gesundheitszentrum Spaichingen e.V.

Jahresbeitrag

Mindestbeitrag natürliche Personen: € 15.-
Höherer Beitrag: € _____

Mindestbeitrag juristische Personen: € 50.-
Höherer Beitrag: € _____

Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten nach Maßgabe der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) nur zur Mitgliederverwaltung des Fördervereins Gesundheitszentrum Spaichingen e. V. erfasst, verarbeitet und genutzt werden. Ein Austausch der Daten mit Dritten außerhalb des Fördervereins erfolgt nicht. Verantwortlich für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Sinne der EU-DSGVO ist der Förderverein. Mein Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Spätestens mit dem Ende meiner Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DEXXXXXXXXXXXXXXx

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den **Förderverein Gesundheitszentrum Spaichingen e.V.** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Förderverein Gesundheitszentrum Spaichingen e.V.** auf meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Firma, Vorname und Name (des Kontoinhabers)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____

IBAN

Ort, Datum Unterschrift