

Aufnahmeantrag Fördermitglied

Institut/ Firma

Straße

Telefon

PLZ, Ort

E-Mail

Land

Webseite

Ansprechpartner/in:

Name

Vorname

Titel

Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten:

Gemäß Bundesdatenschutzgesetz sowie Datenschutzgrundverordnung wird darauf hingewiesen, dass für Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation (u.a. Informationen zum Jahreskongress, aktuelle Themen und Projekte der DIGAB e.V.) folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, Vorname, Titel, Adresse, Telefon, Fax, E-Mailadresse.

Sie können eine erteilte Einwilligung insgesamt oder hinsichtlich einzelner Maßnahmen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – bitte nutzen Sie hierfür die Kontaktdaten der DIGAB e.V. auf Seite 1.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der vorbenannten, personenbezogenen Daten durch den Verein zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederinformation im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden.

Mit ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

✘ _____

Datum, Unterschrift

Mitgliedsbeitrag

Die Aufnahme in die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. erfolgt durch den Vorstand. Sie kann durch die Mitgliederversammlung widerrufen werden. Der Mitgliedsbeitrag für die Fördermitgliedschaft beträgt mindestens 250 Euro pro Kalenderjahr und ist in voller Höhe unabhängig vom Eintrittsdatum zu entrichten.

Gewünschter Mitgliedsbeitrag:

250 EURO _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE15ZZZ 000 004 457 05.
Ihre Mandatsreferenz erhalten Sie mit Ihrer Rechnung/Buchungsbestätigung.

Ich ermächtige die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V., die wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: 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.

Name und Vorname des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift