

Beitrittserklärung

zur "Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter
-Patient im Mittelpunkt- e.V."



Selbsthilfe-
gemeinschaft
Medizingeschädigter e.V.

Maxfeldstraße 9
90409 Nürnberg

Tel.: 0911 4746528 / 0160 5526507

Fax: 0049-322-26494887

E-Mail: buero@sgmev.de

Internet: www.sgmev.de

Ordentliche Mitgliedschaft

Selbst Geschädigte/r

Nahe/r Angehörige/r geschädigt: _____
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Geschädigten

Familienmitgliedschaft /
Wer ist geschädigt? _____
Vor- und Nachname

Fördernde Mitgliedschaft

Vereins- / Verbandsmitgliedschaft

Bitte Art der Mitgliedschaft ankreuzen!

Der Mindestbeitrag beträgt für Einzelmitgliedschaft 40,00 €; für Familien und Körperschaften 60,00 € jährlich. Höhere Beiträge helfen die Ziele unseres Vereins tatkräftiger zu unterstützen. Bitte Beitragshöhe _____ € nach Selbsteinschätzung angeben.

Name: (gegebenenfalls Vereins- / Verbandsname) _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy Nr.: _____ Fax Nr.: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Nur bei Familienmitgliedschaft ausfüllen! Ehe-/Lebenspartner und Kinder bis 18 Jahre

Name (Ehepartner/in // Partner/in): _____ Vorname: _____ Beruf: _____ Geb. Datum: _____

1. Kind, Name : _____ Vorname _____ Geb. Datum _____ 2. Kind, Name _____ Vorname _____ Geb. Datum: _____

3. Kind, Name : _____ Vorname _____ Geb. Datum _____ 4. Kind, Name _____ Vorname _____ Geb. Datum: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter -Patient im Mittelpunkt- e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen zu Lasten unten genannten Girokontos mittels SEPA-Lastschriftverfahren einzuziehen. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber und Bankverbindung:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geldinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Einwilligung zur Datenspeicherung

Hiermit willige ich ein, dass die Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter -Patient im Mittelpunkt- e.V. die hier angegebenen Daten zur Verwaltung der Vereinsmitgliedschaft und zum Erreichen des Vereinszweckes speichert bzw. elektronisch verarbeitet. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. In der Vereinsgeschäftsstelle kann ich jederzeit Auskunft über meine gespeicherten Daten und deren Verarbeitung erhalten, die Berichtigung meiner unrichtigen personenbezogenen Daten oder die Löschung verlangen. Außerdem ist es mir möglich, Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten einzulegen und die Einschränkung der Datenverarbeitung zu verlangen, sofern wir Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen dürfen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____