

ICH WERDE MITGLIED

DIE PERSÖNLICHEN DATEN

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

MITGLIEDSBEITRAG / EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich unterstütze den Verein mit einem Jahresbeitrag von 72 Euro (6 Euro monatlich).

Ich unterstütze den Verein jährlich mit einem höheren Beitrag in Höhe von _____ Euro.

EINZELSPENDE

Ich möchte eine bestimmte Klinik oder ein Projekt unterstützen und leiste eine einmalige Spende in Höhe von _____ Euro.

für das Projekt / Klinik _____

ICH ERMÄCHTIGE SIE, DIE FÄLLIGEN BETRÄGE VON MEINEM KONTO ABZUBUCHEN:

IBAN _____

BIC _____

Datum, Unterschrift _____

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig. Sie erhalten unaufgefordert eine Zuwendungsbescheinigung, sofern Sie uns Ihr Einverständnis zur Datenverarbeitung erteilen.

KÜNDIGUNG DER MITGLIEDSCHAFT

Ihre Mitgliedschaft können Sie, unter Einhaltung einer Frist von zwei Monaten, zum Ende eines Kalenderjahres durch schriftliche Mitteilung an den Verein kündigen.

IHRE DATEN SIND UNS WICHTIG

Wir verarbeiten und nutzen die von Ihnen an uns übermittelten personenbezogenen Daten gemäß unserer Datenschutzerklärung. Die ausführlichen Informationen dazu haben wir unter www.marienkrankenhaus.org/freundeskreis für Sie zusammengestellt.

Ich erteile meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nach DSGVO und bestätige, dass ich über meine Rechte im Zusammenhang mit der Verarbeitung informiert worden bin.

Datum, Unterschrift _____

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit über unsere angegebenen Kontaktdaten widerrufen.