ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ja, ich möchte das Krankenhaus St. Barbara Schwandorf unterstützen und Mitglied der **Freunde und Förderer des Krankenhauses St. Barbara Schwandorf e. V.** werden.

Titel | Vorname | Nachname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum | Beruf | Telefon

Fax | Mobil | E-Mail

☐ Ich zahle den Mindestjahresbeitrag (derzeit 20,– Euro).
☐ Ich will mehr für das Krankenhaus St. Barbara tun und bemesse meinen Jahresbeitrag freiwillig höher auf Euro

DATENSCHUTZBESTIMMUNGEN

Ich willige ein, dass der Verein als verantwortliche Stelle die im Antrag auf Mitgliedschaft erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzugs und der Übermittlung von Informationen des Vereins verarbeitet und nutzt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht gemäß gesetzlicher Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person beim Verein gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied im Falle fehlerhafter Daten ein Korrekturrecht. Die Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu.

VERÖFFENTLICHUNG VON FOTO- UND FILMAUFNAHMEN

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto- und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen in Print- und Neuen-Medien unentgeltlich verwendet werden dürfen. Eine Verwendung für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung an Dritte ist unzulässig. Die Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum | Unterschrift

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den **Freunden und Förderern des Krankenhauses St. Barbara Schwandorf e. V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Freunde und Förderer des Krankenhauses St. Barbara Schwandorf e. V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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 Sitz des Kreditinstituts

IBAN

Name | Vorname | Datum, Unterschrift

Freunde und Förderer des Krankenhauses St. Barbara Schwandorf e. V. | Steinberger Straße 24 | 92421 Schwandorf | Telefon: 09431 52-1755 | Fax: 09431 52-1799 | foerderverein@barmherzige-schwandorf.de | www.barmherzige-schwandorf.de