

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die **Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein „Die Chirurgeninnen e.V.“** als

- Aktives Mitglied
- Fördermitglied
- Studierende (befristete beitragsfreie Mitgliedschaft ohne Stimmrecht)

Ggf. Titel	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>
Handynummer	<input type="text"/>
E-Mailadresse	<input type="text"/>
Privatadresse	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Arbeitsadresse	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Fachabteilung	<input type="text"/>
Position	<input type="text"/>
Ggf. Facharztbezeichnung (-en)	<input type="text"/>
Ggf. Zusatzbezeichnung (-en)	<input type="text"/>
Weitere Mitgliedschaften*	<input type="text"/>

*Fachgesellschaften, Gremien, Berufsverbände wie z.B. BDC

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin

Unterschrift Vorstand

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, Adresse, Telefonnummern, Email-Adressen, Fachrichtung, Arbeitgeber, Berufliche Stellung, Geburtsdatum.

Seiten 1 von 2

Erklärungen zum Datenschutz

Einverständnis zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Fachrichtung, Arbeitgeber. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Folgende mitgliedsbezogene Daten können zu Vereinszwecken an Dachverbände und/ oder Partnerorganisationen weitergegeben werden: Name, Geburtsdatum, Eintrittsdatum, Fachgebiet. Mit dieser Übermittlung im Rahmen des Vereinszwecks bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Einverständnis zur Veröffentlichung und Weitergabe von Fotos

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir in der Vereinszeitung, auf der Homepage des Vereins und in sozialen Medien veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt. Dieses Einverständnis betrifft insbesondere folgende Veröffentlichungen: Anwesenheitslisten, Kontaktdaten von Vereinsfunktionären, Berichte über Ehrungen und Geburtstage.

Veröffentlicht werden ggf. Fotos, der Name, die Vereins- und Abteilungszugehörigkeit, die Funktion im Verein, inkl. Alter und/ oder Geburtsjahrgang. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Ich stimme zu der:

- Veröffentlichung auf der Homepage
- Veröffentlichung in Printmedien
- Veröffentlichung in soziale Medien

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Die Chirurginnen

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Wehrdaer Str. 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

35041 Marburg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

| D E 5 2 Z Z Z 0 0 0 0 2 3 8 7 2 7 0 |

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:
