

Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
Wallstraße 11
55122 Mainz



Antrag auf Mitgliedschaft gemäß § 3 der Satzung

Ich stelle den Antrag zur Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.:

Antragsteller-/in:

Akad. Grad, Titel, Vorname, Name

Berufsbezeichnung (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail

Telefonnummer

Mitgliedsbeiträge

Die Höhe der Mitgliedsbeiträge wird von der Mitgliederversammlung festgelegt. Der Jahresbeitrag beträgt 60 Euro. Der Vorstand kann in besonderen Fällen den Beitrag ganz oder teilweise erlassen. Jedes ordentliche Mitglied hat bis zum 1. März einen Mitgliedsbeitrag für das laufende Kalenderjahr zu entrichten.

Bankverbindung

Taunus Sparkasse Frankfurt-Höchst, IBAN: DE70 5125 0000 0000 338087, HELADEF1TSK

Wir bitten um die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (nächste Seite).

Ort, Datum, Unterschrift

Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
Wallstraße 11
55122 Mainz



Mitgliedsbeitrag für die Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
SEPA Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer DE97ZZZ00001915040)

Name des Zahlungsempfängers
Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei deren Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen: Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
Wallstraße 11
55122 Mainz



Datenschutzerklärung

Die Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V. verarbeitet die folgenden Daten ihrer Mitglieder:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- Telefonnummer und Emailadresse (privat und/oder beruflich)
- Bankverbindung zum Zweck des Einzugs des Mitgliedsbeitrag (SEPA-Lastschriftmandat)
- Eintrittsdatum in den Verein
- Berufsbezeichnung (freiwillige Angabe)

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Verein Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
Wallstraße 11
55122 Mainz

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Vereinszweck zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für den Vereinszweck erforderlich ist.

IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage ist die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift (Mitglied)