



## Beitrittserklärung

Ich/Wir

---

Name

---

Geb.-Datum

---

Straße

---

PLZ, Ort

erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zum Förderverein  
Klinik Niebüll e.V.

Mein/Unser Jahresbeitrag beträgt \_\_\_\_\_ €. (siehe Rückseite)

Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder mittels Datenverarbeitungsanlagen zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Zwecke und Aufgaben, z.B. der Mitgliederverwaltung. Es handelt sich insbesondere um folgende Mitgliederdaten: Name und Anschrift, Bankverbindung, Telefonnummer, E-Mail-Adresse sowie Geburtsdatum.

Jedes Mitglied hat im Rahmen des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, den Zweck der Speicherung sowie auf Berichtigung, Löschung oder Sperrung seiner Daten.

Eine anderweitige, über die Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke hinausgehende Datenverarbeitung oder Nutzung ist dem Verein nur gestattet, sofern er aus gesetzlichen Gründen hierzu verpflichtet ist oder eine Einwilligung des Mitgliedes vorliegt. Ein Verkauf von Daten ist nicht erlaubt.

---

Ort, Datum

Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE59ZZZ00000037125

Ich/Wir ermächtige/n den Förderverein Klinik Niebüll e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Förderverein Klinik Niebüll e.V. 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.

---

Kontoinhaber

---

Kreditinstitut

---

IBAN

---

Ort, Datum

Unterschrift