

Kooperatives Rheumazentrum Münsterland e.V.
Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft / Einzugsermächtigung

Name, Vorname:

Beruf, ggf. Gebietsbezeichnung:

private Anschrift, Telefon:

berufliche Anschrift, Telefon:

E-Mail-Adresse:

Einzugsermächtigung – SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE40ZZZ00000986515

Mandatsreferenz

Ich ermächtige das Kooperative Rheumazentrum Münsterland e.V. den Vereinsbeitrag über 20€ von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen (erstmalig/jährlich zum 01.12.). Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kooperativen Rheumazentrum Münsterland e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

.....
Ort,

Datum

.....
Unterschrift

Mit der **Veröffentlichung** meines Namens in einer Mitgliederliste des Rheumazentrums Münsterland e.V. zum Versand an die anderen Mitglieder des Rheumazentrums sowie der Veröffentlichung auf der Homepage des Kooperativen Rheumazentrums Münsterland e.V. bin ich einverstanden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

ja

nein

Datenschutzhinweis: Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist das Kooperative Rheumazentrum Münsterland e.V., Anschrift wie unten angegeben. Ihre hier erhobenen Daten verarbeiten wir zur Durchführung der Mitgliedschaft. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Absatz 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung). Mit Ihrer Einwilligung veröffentlichen wir Ihren Namen in einer Mitgliederliste des Rheumazentrums Münsterland zum Versand an die übrigen Mitglieder des Rheumazentrums sowie auf unserer Webseite. Wir löschen Ihre Daten, sobald sie für den genannten Zweck nicht mehr erforderlich sind (in der Regel spätestens zehn Jahre nach Beendigung der Mitgliedschaft). Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter <https://www.rheumazentrum-muensterland.de/datenschutz/>.

Kooperatives Rheumazentrum Münsterland e.V.
Universitätsklinikum Münster, MedD
Albert-Schweitzer-Campus 1 / Gebäude A1
48149 Münster

Tel.: 0251 / 83 5 2428
Fax: 0251 / 83 5 6429
E-Mail: RheumazentrumML@ukmuenster.de
www.rheumazentrum-muensterland.de