

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied des Vereins Gesundheitsregion NORD e.V. werden als:

<input type="checkbox"/> Einzelperson	
Name, Vorname	
Straße Hausnr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
<input type="checkbox"/> Unternehmen <input type="checkbox"/> Hochschule	
Vollständiger Name	
Ansprechpartner/in	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Homepage	

Der Vereinsbeitrag richtet sich nach der jeweils geltenden Beitragsordnung. Mir ist bekannt, dass der Beitrag einmal jährlich zum 01. Juli mittels SEPA-Lastschrift eingezogen wird. Der derzeitige Jahresbeitrag beträgt:

Mitgliedsbeitrag für:	Jahresbeitrag:
natürliche Personen	150,00 €
Hochschulen	250,00 €
Unternehmen	500,00 €

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der GRN zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Vereinsverwaltung, E-Mail, Kommunikation und Forderungsmanagement. Die Daten werden für zehn Jahre aufgehoben. Die Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt im Rahmen von Veranstaltungen und Projekten, die dem Vereinszweck dienen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DS-GVO vom 25.05.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt, ferner, dass ich mein Einverständnis widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten vom Verein gelöscht. Meine Widerrufserklärung richte ich an die aktuelle Anschrift der Geschäftsstelle der GRN.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung an.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / Stempel