

Partner-Beitrittserklärung



Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Bocholt und Umgebung

Anrede	_____	Titel	_____
Vorname	_____	Nachname	_____
Straße	_____	PLZ/ Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Telefon	_____
Fax	_____	Mobiltelefon	_____
		E-Mail	_____

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt als ordentliches Partner-Mitglied zur Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Bocholt und Umgebung und erkenne deren Satzung an. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten in einer elektronischen Datenverarbeitung gespeichert werden und ausschließlich zu Vereinszwecken verwendet werden. Änderungen meiner persönlichen Daten, werde ich unverzüglich mitteilen. Die Satzung enthält eine Anlage mit einer Datenschutzerklärung. Die Erklärung informiert darüber, welche Daten der Verein zu welchen Zwecken speichert und verarbeitet. Die Datenschutzerklärung beinhaltet auch die „Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person“ gemäß Artikel 13 DSGVO.

Nach Artikel 6, Abs. 1, lit. b) DSGVO ist die Verarbeitung personenbezogener Daten rechtmäßig, wenn diese für die Erfüllung eines Vertragsverhältnisses – hier: Mitgliedschaft im Verein – erforderlich sind. Der Austritt aus der Gruppe muss schriftlich bis zum 15. November für das folgende Jahr erfolgen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Adresse zwecks Kontaktaufnahme an betroffene Mitglieder weitergegeben werden darf.

Die Mitgliedschaft für Lebenspartner/in ist kostenfrei.

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bearbeitungsvermerk (wird vom Verein eingetragen):

() in EDV eingetragen () nicht aufgenommen

Datum:..... Bearbeitungszeichen:.....