

# Aufnahmeantrag



Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

- Einzelmitgliedschaft (60 € jährlich)       Familienmitgliedschaft (80 € jährlich)

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft in der Morbus Fabry Selbsthilfegruppe e.V.. Ich bin damit einverstanden, dass die Morbus Fabry Selbsthilfegruppe e.V. die von mir angegebenen Daten zum Zwecke der Vereinsführung speichert, auswertet und verwendet.  
Die Datenschutzhinweise gemäß Artikel 13, 14 und 21 DS-GVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

## Freiwillige Angaben

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

- Ich bin Patient       Ich bin kein Patient

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Angaben zu Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Patientenstatus zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden.

**Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung dieser Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

**Weiterhin ist mir bekannt, dass sowohl die Nichteinwilligung als auch der Widerruf in die Datenverarbeitung keine Auswirkung auf meine Mitgliedschaft haben.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die MFSH e.V. die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Die Mandatsreferenz wird schriftlich mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift