



Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit meine/unsere Mitgliedschaft im Verein der Förderer des Marien-Hospitals Frauenthal e. V.

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail-Adresse

Datenschutz: Ich bin damit einverstanden, dass der Verein meine folgenden personenbezogenen Daten für die Mitgliederverwaltung erhebt, verarbeitet und nutzt: Name, Vorname, Anschrift, E-Mail-Adresse. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie Vereinsveranstaltungen meine Adressdaten an die Stiftung Frauenthal (zwecks postalischen Versands von Mitteilungen an die Mitglieder) weitergibt. Ich habe das Recht, dass ich jederzeit Auskunft über von mir beim Verein gespeicherte Daten erhalten kann und dass ich der Verwendung meiner Daten jederzeit widersprechen kann und nehme zur Kenntnis, dass von mir gespeicherte Daten nach Beendigung meiner Mitgliedschaft spätestens nach sechs Monaten gelöscht werden.

Datum, Unterschrift

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige den Verein der Förderer des Marien-Hospitals Frauenthal e. V., fällige Mitgliedsbeiträge und evtl. von mir ausdrücklich eingewilligte freiwillige Spenden von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages zu den mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen verlangen.

IBAN: _____

Jahresbeitrag (€) _____

Zusätzliche jährliche Spende (€) _____

Datum, Unterschrift

**Bitte senden an: Verein der Förderer des Marien-Hospitals Frauenthal e. V.
c/o Theo Soeken, Georgstraße 9, 50374 Erftstadt**