

**Förderverein Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Cottbus
e. V.**

Thiemstraße 111, 03048 Cottbus

Telefon: 0355 46-2336, Fax: 0355 46-2077

Mail: kinderklinik@ctk.de, Internet: kinderklinik-cottbus.de



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im o. g. Verein.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Telefon

E-Mail

Beruf/Tätigkeit

Mitgliedsbeitrag

Der Mindestmitgliedsbeitrag für o. g. Verein beträgt 10,00 € pro Jahr. Ich erteile meine Zustimmung zum SEPA-Lastschriftverfahren (beigefügtes Blatt) für meinen Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von _____ €. Die Lastschrift wird jeweils am 15.03. des aktuellen Kalenderjahres erfolgen.

Anerkennung der Regularien des Vereins

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich die Satzung und Vereinsordnungen des Vereins und die jeweils gültigen Beitragssätze an.

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift