

Beitrittserklärung / SEPA-Lastschrift-Mandat/Datenschutzerklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
Krankenhaus – Förder – Verein Porz e.V.,
Urbacher Weg 19, 51149 Köln

Vorname	Name
Straße und Nr.	PLZ und Ort
Geburtsdatum:	Telefon (Festnetz oder mobil)
Mailadresse	

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Normale Mitgliedschaft | 24,00 Euro pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Firmen-/ Fördermitgliedschaft | 100,00 Euro pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> anderer Betrag (über den Regelbeiträgen) | _____ Euro pro Jahr |

Sowohl die Mitgliedsbeiträge wie auch Spenden an den Verein sind anerkannte abzugsfähige Sonderausgaben.

Der Kontoauszug mit der Belastung des Mitgliedsbeitrages oder einer Spende bis 200,00 EUR wird als Beleg/Quittung von den Finanzämtern anerkannt.

Bankverbindung des Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V.

Sparkasse KölnBonn IBAN: DE63 3705 0198 1000 0127 30 BIC: COLSDE33XXX

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und nehme die Datenschutzhinweise zur Kenntnis.

Datenschutzhinweise:

Auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b EU-DSGVO dürfen die vorstehend genannten Daten beim Vereinseintritt und während der Vereinsmitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt werden, weil sie zur Verfolgung der Vereinsziele sowie für die Betreuung (Einladungsversand, Protokolle, Publikationen etc.) und Verwaltung der Mitglieder erforderlich sind. Alle Daten, die der Verein verarbeitet und nutzt, unterliegen dem geltenden Datenschutzrecht. Weitergehende Informationen erhalten Sie anhand der Datenschutzhinweise des Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH unter www.khporz.de/de/unser-haus/unsere-foerderer/datenschutzerklaerung-foerderverein.html. Die vorstehenden Angaben sind freiwillig und jederzeit widerruflich. Die Mitglieder haben nach dem Art.15 EU-DSGVO, § 34 BDSG ein Recht auf Auskunft über ihre auf den Datenverarbeitungs-Systemen des Vereins gespeicherten Daten.

Ort/Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE5113400000099640

Mandatsreferenz-Nr. (entspricht Ihrer Mitgliedsnummer, wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Wir ziehen Ihren Mitgliedsbeitrag jährlich einmalig am 1. Montag im Februar ein. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag. Ihr erster Mitgliedsbeitragseinzug erfolgt zu diesem Termin bzw. zeitnah zu Ihrer Beitrittserklärung.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber (falls abweichend zu o.g.):	
IBAN	BIC

Ort/Datum

Unterschrift

(unbedingt erforderlich)

Bitte schicken Sie diese Beitrittserklärung an
Herrn Jürgen Hackenbroich
Schatzmeister des Krankenhaus-Förder-Verein Porz e.V.
c/o Sparkasse Köln Bonn ,-Abt.121/1-,
Hahnenstr.57, 50667 Köln