

Beitrittserklärung für den Verein

Pflichtangaben:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Land:

Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse:

Mobilnummer:

Freiwillige Angaben:

Name des auslösenden Medikamentes:

Hersteller des auslösenden Medikamentes:

Symptome bestehen (ungefähr) seit:

Auf den Verein gestoßen durch:

An den Vorstand der
PSSD Hilfe Deutschland e. V.
Postfach 60 06 13
50686 Köln

Beitrittserklärung

Ich beantrage die Aufnahme in den Verein PSSD Hilfe Deutschland e. V. und bestätige, die Satzung (siehe Downloadbereich auf www.pssd-hilfe.de) gelesen und verstanden zu haben.

Mir ist bewusst, dass ich Änderungen der persönlichen Daten unaufgefordert mitteilen muss, da Einladungen zu Mitgliederversammlungen etc. sonst nicht zugestellt werden können und ich ggf. wichtige Informationen verpasse.

Ich wünsche bei Kontakt per Post eine Zustellung mit neutralem Absender.

Datenschutzerklärung

Sie sind gemäß § 34 BDSG jederzeit berechtigt, gegenüber der PSSD Hilfe Deutschland e.V. um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 35 BDSG können Sie jederzeit gegenüber PSSD Hilfe Deutschland e.V. die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an PSSD Hilfe Deutschland e.V. übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass die oben angegebenen Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass der Verein meine personenbezogenen Daten erhebt und speichert. Es gelten die o.g. Datenschutzbestimmungen. Der Verein PSSD Hilfe Deutschland verpflichtet sich, alle erhobenen Daten vertraulich zu behandeln und nicht ohne ausdrückliche Einwilligung an Dritte weiterzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger

PSSD Hilfe Deutschland e.V.
Postfach 60 06 13
50686 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE05MGB00002367746

Mandatsreferenz

Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die PSSD Hilfe Deutschland e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der PSSD Hilfe Deutschland e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich kann dieses SEPA-Lastschriftmandat jederzeit und ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag verkürzt wird.

Name, Vorname Kontoinhaber:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Land:
Name der Bank:
IBAN:
BIC:

--

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber