

An den  
Krankenhaus-Verein Selters  
Herrn Oliver Götsch  
Am Hammelberg 27  
56242 Quirnbach

## BEITRITTSERKLÄRUNG

☐ Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum  
**Krankenhaus-Verein Selters e. V.**

|                |         |
|----------------|---------|
| Name           | Vorname |
| Postleitzahl   | Wohnort |
| Straße         |         |
| Geburtsdatum   | Telefon |
| E-Mail-Adresse |         |

### Hinweise zur Mitgliedschaft:

Der Jahresbeitrag beträgt derzeit € 18.00 für Natürliche Personen. Für Juristische Personen gelten andere Regelungen.

Mit untenstehender Unterschrift bestätigt die den Antrag stellende Person, dass sie die Ziele und insbesondere die Satzung des Krankenhaus-Vereins Selters anerkennt. Es wird darauf hingewiesen, dass die Mitgliedschaft kalenderjährlich gilt und sich, sofern nicht fristgerecht gekündigt wurde, jeweils automatisch um ein weiteres Jahr verlängert. Im Falle eines Austritts muss dieser jeweils bis zum 30. September schriftlich gegenüber dem Krankenhaus-Verein Selters erklärt sein, damit er zum Jahresende wirksam wird. Die Mitgliedschaft beginnt mit der Entrichtung des ersten Mitgliedsbeitrags.

Ich willige ein, dass die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse zur Kommunikation genutzt werden.

|                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Datum                                                                          | Ort |
| Unterschrift (bei Minderjährigen Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters) |     |

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats: Ich ermächtige den Krankenhaus-Verein Selters (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000954645) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom Krankenhaus-Verein Selters auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

|                         |
|-------------------------|
| Name des Kontoinhabers  |
| Name des Geldinstitutes |
| IBAN                    |

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit der Belastung, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Unterschrift (bei Minderjährigen auch Name und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die von Ihnen in Ihrer Beitrittserklärung angegebenen Daten über Ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sogenannte personenbezogene Daten) gleichermaßen auf Datenverarbeitungs-Systemen des Krankenhaus-Vereins Selters, dem Sie beigetreten sind, gespeichert und für Verwaltungszwecke des Vereins verarbeitet und genutzt werden. Verantwortliche Stelle im Sinne des Art. 4 lit. 7 DSGVO ist dabei der Krankenhaus-Verein Selters. Wir sichern Ihnen zu, Ihre personenbezogenen Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Stellen außerhalb des Vereins weiterzugeben.

Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und Korrektur verlangen, soweit die beim Krankenhaus-Verein Selters gespeicherten Daten unrichtig sind. Sollten die gespeicherten Daten für die Abwicklung der Geschäftsprozesse des Krankenhaus-Vereins Selters nicht erforderlich sein, so können Sie auch eine Sperrung, gegebenenfalls auch eine Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Der Krankenhaus-Verein Selters/Dierdorf sendet Ihnen unregelmäßig einen kostenlosen Newsletter über die Vereinsaktivitäten zu, sofern Sie uns Ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt haben. Sollten Sie kein Interesse daran haben, so können Sie den Versand jederzeit kündigen (goeblerwilfried@aol.com). Nach einer Beendigung der Mitgliedschaft werden Ihre personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht, entsprechend den steuerrechtlichen Vorgaben, aufbewahrt werden müssen. Eine Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Werbezwecke findet durch den Krankenhaus-Verein Selters nicht statt.

Ich habe die obenstehenden Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

|                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Datum                                                                          | Ort |
| Unterschrift (bei Minderjährigen Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters) |     |