

Tumorzentrum Anhalt
am Städtischen Klinikum Dessau e. V.
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich

Titel / Vorname / Name _____

Straße / PLZ / Ort _____

Telefon (privat) _____

Institution _____

Funktion _____

Straße / PLZ / Ort _____

Telefon _____ Fax _____

meinen Beitritt zum Verein **TUMORZENTRUM ANHALT AM STÄDTISCHEN
KLINIKUM DESSAU E. V.**
und verpflichte mich, im Sinne der mir vorliegenden Satzung zur Erfüllung der darin
festgeschriebenen gemeinnützigen Ziele aktiv mitzuwirken.

Der jährliche **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von _____ € (Mindestbeitrag 15,00 €) wird
vom Tumorzentrum Anhalt e. V. eingezogen. Siehe Anlage.

Datum: _____ Unterschrift _____

Anlagen

Einverständnis zum SEPA-Lastschriftverfahren
Datenschutzerklärung

Tumorzentrum Anhalt am
Städtischen Klinikum Dessau e. V.
Sylvana Weber
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau

Einverständnis zum SEPA-Lastschriftverfahren

Name _____

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Hiermit erteile ich mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zum Einzug des jährlichen Mitgliedsbeitrages des Tumorzentrums Anhalt in Höhe von € von meinem oben aufgeführten Konto.

Ort/Datum

Unterschrift

Bankverbindung: Deutsche Kreditbank AG Berlin
IBAN: DE94 1203 0000 1020 2958 51
BIC: BYLADEM1001

Amtsgericht Stendal VR 31 313



Tumorzentrum Anhalt

am Städtischen Klinikum Dessau e.V.

Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten durch das Tumorzentrum Anhalt am Städtischen Klinikum Dessau e. V.

Für unseren Dienst erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name, Adresse
- Telefonnummer
- E-Mail-Adresse
- Bankverbindung

Diese Daten werden gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses notwendig ist. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers.

Nutzerrechte

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unser Dienst jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen ist, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

Tumorzentrum Anhalt am Städtischen Klinikum Dessau e. V.

Auenweg 38

06847 Dessau-Roßlau

Zustimmung durch den Nutzer

Hiermit versichert sich der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch das Tumorzentrum Anhalt am Städtischen Klinikum Dessau e. V. zuzustimmen und über seine Rechte belehrt worden zu sein:

.....
Datum, Unterschrift