|  |  |
| --- | --- |
|  | Freundes- und Förderkreis der Kinderklinik Bamberg e. V.  Gläubiger-Identifikationsnummer  DE 49 ZZZ 00000122762 |

Freundes- und Förderkreis   
der Kinderklinik Bamberg

Frau Ines Rohwer

Obere Leite 3

96123 Litzendorf

23.12.2020

**Mitgliedschaftsantrag**

|  |  |
| --- | --- |
| Anrede: |  |
| Name, Vorname: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon\*: |  |
| E-Mail\*: |  |
| \*) freiwillige Angaben |  |

Hiermit erklärte ich meinen Beitritt zum Freundes- und Förderkreis der Kinderklinik Bamberg e. V. und erkenne die Satzung, sowie den von der Mitgliederversammlung festgesetzten Jahresmitgliedsbeitrag von derzeit 20,00 Euro pro Jahr an.

Änderungen der Mitgliedschaft (z.B. neue Adresse, neue Bankverbindung) bitte wir dem Verein umgehend mitzuteilen.

**Datenschutzbestimmungen**

**Wir weisen darauf hin, dass zumZweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung Ihr Name, Ihre Anschrift, Ihre Telefonnummer, Ihre E-Mail-Adresse und Ihre Bankverbindung in automatisierten Dateien gespeichert und genutzt werden.**

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung inklusiv des Beitragseinzuges im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Bankverbindung. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/ Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum und Ort | Unterschrift |

Freundes- und Förderkreis  
der Kinderklinik Bamberg e. V.  
  
Gläubiger-Identifikationsnummer

DE 49 ZZZ 00000122762

Freundes- und Förderkreis   
der Kinderklinik Bamberg

Frau Ines Rohwer

Obere Leite 3

96123 Litzendorf

**SEPA-Lastschrifts-Mandat**

|  |  |
| --- | --- |
| Mandatsreferenz: | wird nach Beitritt nachgereicht |

Ich ermächtige den Freundes- und Förderkreis der Kinderklinik Bamberg e. V. den Mitgliedsbeitrag in Höhe von **derzeit 20,00 Euro pro Jahr** von meinem unten angegebenen Konto (IBAN/ BIC) mittels Lastschrift einzuziehen.

Über den Mitgliedsbeitrag hinaus möchte ich gerne den Freundes- und Förderkreis der Kinderklinik Bamberg e. V. regelmäßig jährlich durch eine Spende unterstützen. Ich ermächtige den Freundes- und Förderkreis der Kinderklinik Bamberg e. V. bis zum schriftlichen Widerruf zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag folgenden Spendenbetrag

30,00 Euro

50,00 Euro

100,00 Euro

      Euro (Wahlbetrag)

mittels Lastschrift von meinem unten angegebenen Konto (IBAN/ BIC) einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundes- und Förderkreis der Kinderklinik Bamberg e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

|  |
| --- |
| Vorname/ Name (Kto.-Inhaber) |

|  |
| --- |
| Straße und Hausnummer |

|  |
| --- |
| Postleitzahl und Ort |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D** | **E** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

BIC

|  |  |
| --- | --- |
| Datum und Ort | Unterschrift |