

Erklärung zur Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den **Förderverein für chronisch kranke Kinder am Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Charité e.V.**

- als Mitglied für den Jahresbeitrag von 25 €
- als Fördermitglied mit einem Beitrag von _____ €
- monatlich quartalsweise jährlich

Förderverein für chronisch kranke Kinder am SPZ der Charité

Postbank | IBAN: DE27 1001 0010 0859 8681 09 | BIC: PBNKDEFF

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / E-Mail

Eine Kündigung der Mitgliedschaft kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende erfolgen und ist schriftlich an den Vorstand zu richten. Mit meiner Unterschrift willige ich in die Nutzung meiner Daten – wie beschrieben – ein.

Ort / Datum / Unterschrift

Einwilligung zum Datenschutz

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Ihre Daten benötigen wir zur Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft und Spenden. Name, Adresse und E-Mail Adresse werden darüber hinaus für Spendenbescheinigungen, Einladungen und Informationen an Sie genutzt.

Mit Ihrer Unterschrift zur Beitrittserklärung in den Förderverein für chronisch kranke Kinder am Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Charité e.V. willigen Sie in die Nutzung Ihrer Daten – wie beschrieben – ein.

Diese Einwilligungserklärung gilt ab dem Datum Ihrer Mitgliedschaft im Förderverein und endet mit Beendigung Ihrer Mitgliedschaft.

Die Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber dem Förderverein widerrufen werden.

Als Mitglied haben Sie das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten Daten, Übertragung der Daten, Berichtigung Ihrer gespeicherten Daten im Falle der Unrichtigkeit, Sperrung und Löschung Ihrer Daten.

