



Aufnahmeantrag juristische Person

Name der Einrichtung, Gesellschaftsform	
Straße, Hausnummer	Adresszusatz
Postleitzahl, Ort	E-Mail-Adresse
Telefon	Fax

Name, Funktion und persönliche Erreichbarkeit der vertretenden Personen

Hiermit beantragen wir zum heutigen Tag die Aufnahme in die Mobile Ethikberatung im Gesundheitswesen für Schleswig-Holstein (MEGSH) e. V. als:

aktives Mitglied mit einem Jahresbeitrag nach Beitragsordnung
(150 € per Lastschrift oder 160 € per Überweisung – Stand 23. November 2021)

Fördermitglied mit einem Jahresbeitrag in der Höhe von

Satzung und Beitragsordnung sind uns bekannt und werden als verbindlich anerkannt.

Wir haben Interesse an Ethikberatungen im Rahmen der Vereinsarbeit mitzuwirken

Ort, Datum
Unterschrift



Vom Verein auszufüllen

Mitgliedsnummer	Datum Aufnahmebeschluss
-----------------	-------------------------

Ort, Datum

Unterschrift Vorstandsmitglied



Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz

Wir sind einverstanden mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung oben aufgeführten personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung. Im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben sowie zur Organisation von Mitgliedsleistungen dürfen die personenbezogenen Daten an Dienstleister weiter gegeben werden.

Insofern wir eine E-Mail-Adresse angegeben habe, sind wir damit einverstanden, dass die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt wird, z. B. Einladung zu Mitgliederversammlungen, Spendenaufrufe oder Abstimmungen.

Wir stimmen der Veröffentlichung des Namens und Sitzes unserer Organisation auf der Homepage des Vereins für die Dauer der Mitgliedschaft zu. Fernerhin dürfen Vereinsmitglieder für die Dauer der Mitgliedschaft die Kontaktdaten einsehen.

Uns ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE3111100002429649

Mandatsreferenz: **Wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige die Mobile Ethikberatung im Gesundheitswesen für Schleswig-Holstein (MEGSH) e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Mobilen Ethikberatung im Gesundheitswesen für Schleswig-Holstein (MEGSH) e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Titel, Vorname, Name (Kontoinhaber:in)
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort
Kreditinstitut
BIC
IBAN

Ort, Datum
Unterschrift