



Aufnahmeantrag natürliche Person

Titel, Vorname, Name	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Adresszusatz
Postleitzahl, Ort	E-Mail-Adresse
Festnetztelefon	Mobiltelefon

Hiermit beantragen ich 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
(50 € per Lastschrift oder 60 € per Überweisung – Stand 23. November 2021)

Fördermitglied mit einem
Jahresbeitrag in der Höhe von

Jahresbeitrag in €

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

Ich habe Interesse an Ethikberatungen im Rahmen der Vereinsarbeit mitzuwirken

Ort, Datum
Unterschrift

Vom Verein auszufüllen

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

Ort, Datum
Unterschrift Vorstandsmitglied



Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz

Ich bin einverstanden mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung oben aufgeführten personenbezogener Daten durch die Mobile Ethikberatung im Gesundheitswesen für Schleswig-Holstein (MEGSH) e. V. 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 ich eine E-Mail-Adresse angegeben habe, bin ich damit einverstanden, dass die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt wird, z. B. Einladung zu Mitgliederversammlungen, Spendenaufrufe oder Abstimmungen.

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

- Ich stimme der Veröffentlichung meines Namens und Wohnorts auf der Homepage des Vereins für die Dauer meiner Mitgliedschaft zu (freiwillig).**
- Ich stimme zu, dass von mir Namen, Anschrift, Telefonnummern und E-Mail-Adresse von anderen Vereinsmitgliedern für die Dauer meiner Mitgliedschaft eingesehen werden dürfen (freiwillig).**

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 Mobile 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 Kontoinhaber:in