

BEITRITTSERKLÄRUNG zum Krankenpflegeverein Pliezhausen

| | | |
|--|-----------------------------------|-------------------|
| | | (bitte ankreuzen) |
| Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein Pliezhausen zum | für mich | (15,00 €)* |
| | für mich und meine Familie | (20,00 €)* |

* Jahres-Mitgliedsbeitrag, Stand: 01.01.2018,
bei Familienmitgliedschaft für im selben Haushalt wohnende
Ehe-/Lebenspartner sowie minderjährige Kinder

| | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Name: | | | |
| Vorname: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Straße: | | | |
| PLZ, Ort: | | | |
| Telefon: (freiwillig) | | E-Mail: (freiwillig) | |
| | | | |
| (Ort, Datum) | | (Unterschriften) | |

| Bei Familienmitgliedschaft: | |
|---|--|
| Ehe-/Lebenspartner (Name, Vorname, Geburtsdatum) | |
| Kind/Kinder (Name, Vorname, Geburtsdatum) | |

| Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung nach Art. 6 DSGVO | |
|--|---|
| <p>Ich habe die Informationen zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch den Krankenpflegeverein Pliezhausen und die mir nach Art. 15 bis Art. 21 DSGVO zustehenden Rechte gemäß beigefügtem Merkblatt zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ich bin mit der Datenerhebung und -verarbeitung durch den Krankenpflegeverein zur Verwaltung der Mitgliedschaft einverstanden.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.</p> | |
| | |
| (Ort, Datum) | (Unterschriften) (bei Familienmitgliedschaft zugleich als Erziehungsbe- rechtigte(r) für minderjährige Kinder) |

Fortsetzung auf der Rückseite !

| Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)* | |
|--|-----------------------|
| <p>Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Pliezhausen (Gläubiger-ID: DE 96ZZZ00000400403), wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Pliezhausen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. <u>Hinweis:</u> Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> | |
| Konto-Inhaber: | |
| Strasse: | |
| PLZ, Ort: | |
| Kreditinstitut: | |
| BIC: | |
| IBAN: | DE |
| | |
| (Ort, Datum) | (Unterschrift) |

***Hinweis:** Die Mandatsreferenznummer (= Mitgliedsnummer) wird nachgereicht.

Bitte zurücksenden an:

**Krankenpflegeverein Pliezhausen
 Birkenweg 3
 72124 Pliezhausen**