Verein der Freunde
der Kreisklinik Wolfratshausen e.V.

Beitrittserklärung

_____
Vorname und Name Geburtsdatum

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Telefonnummer/Handy E-Mail-Adresse:

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt in den Verein der Freunde der Kreisklinik Wolfratshausen e.V.

☐ als ordentliches Mitglied zum derzeit gültigen Jahresbeitrag von **30,-- €**

☐ als Fördermitglied zum Jahresbeitrag von _____ €

Der Jahresbeitrag für Fördermitglieder beträgt mindestens **30,00 €.**
Über freiwillige höhere Beiträge oder Zuwendungen freut sich der Verein, da diese die Verwirklichung der Vereinsziele und di Förderung der Kreisklinik nachhaltig unterstützen.

Ich/Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass der Jahresbeitrag sowie freiwillig zusätzliche Zuwendungen (z.B. Beiträge, Spenden, Sonderzuwendungen) ausschließlich zur Erfüllung des Vereinszwecks – der Förderung der Kreisklinik Wolfratshausen – verwendet werden.

Der Verein ist aufgrund des Freistellungsbescheids vom 25.10.2024 des Finanzamtes Miesbach gemeinnützig anerkannt und unter der Steuernummer 139/111/20318 registriert.
Alle Zuwendungen an den Verein sind daher steuerlich abzugsfähig.
Gemeinnütziger Zweck: Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege

Vereinskonto: Sparkasse Bad Tölz - Wolfratshausen
IBAN: DE19 7005 4306 0000 0422 42
BIC: BYLADEM1WOR

_____
Datum, Ort und Unterschrift

☐ Ich/Wir möchte/n ein Exemplar der Vereinssatzung.
☐ Mit der Weitergabe der Adresse an die Klinikverwaltung für Einladungen zu Veranstaltungen der Kreisklinik bin ich / sind wir einverstanden.

Vorstand: Gerlinde Berchtold 1. Vorsitzende, Michael Müller 1. stv. Vorsitzender, Dr. Christoph Preuss, 2. stv. Vorsitzender,
Thomas Eichberger Schatzmeister, Ursula Meyndt, Schriftführerin
Bankverbindung: Sparkasse Bad Tölz – Wolfratshausen, IBAN: DE19 700 54306 0000 0422 42

Verein der Freunde
der Kreisklinik Wolfratshausen e.V.

Verein der Freunde der
Kreisklinik Wolfratshausen e.V.
Breitenbachstraße 25
82515 Wolfratshausen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000099859

SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige den Verein der Freunde der Kreisklinik Wolfratshausen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein der Freunde der Kreisklinik Wolfratshausen 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.

Jahresmitgliedsbeitrag _____ € ⇨ Wiederkehrende Zahlung fällig am 15.02. des Jahres bzw. am darauffolgenden Werktag

Spende _____ € ⇨ Einmalige Zahlung

Sonderzuwendung _____ € ⇨ Einmalige Zahlung

_____

Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____

Straße und Hausnummer_____

Postleitzahl und Ort_____

Kreditinstitut _____

_____

BIC

_____

IBAN

_____

Datum, Unterschrift

Verein der Freunde
der Kreisklinik Wolfratshausen e.V.

Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich:
Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft ist:

Verein: Verein der Freunde der Kreisklinik e.V.
Anschrift: 82515 Wolfratshausen, Breitenbachstraße 25
Vertreten durch: Gerlinde Berchtold

1. Datenverarbeitung

Die im Rahmen des Vereinsbeitritts erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung, der Beitragserhebung sowie zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben des Vereins verarbeitet.
Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage der geltenden Datenschutzbestimmungen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).
Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DSGVO (Erfüllung des Mitgliedschaftsverhältnisses) sowie – soweit erforderlich – Art. 6 Abs. 1 Buchst. c DSGVO (Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen) und Art. 6 Abs. 1 Buchst. f DSGVO (berechtigtes Interesse des Vereins an einer ordnungsgemäßen Vereinsverwaltung).

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte erfolgt nur, soweit dies zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen oder zur Durchführung der Vereinsverwaltung erforderlich ist.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzhinweise des Vereins zur Kenntnis genommen haben und der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliedschaft zustimmen, soweit dies für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich ist.

_____

Datum, Unterschrift