

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Gesellschaft der Freunde und Förderer des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt e.V.

Bitte füllen Sie die nachfolgende Beitrittserklärung aus und senden Sie sie an die nebenstehende Anschrift z.H. Inge Gschwendtner(inge.gschwendtner@web.de)

.....

Name, Vorname, ggf Beruf

.....

Adresse

Der Jahres-Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit (seit dem 1. Januar 2023) 50,00 € pro Person. Ich ermächtige die Gesellschaft der Freunde und Förderer des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt e.V., Gläubiger ID DE 18 2220 0000 9000 96, den jährlichen Mitgliedsbeitrag widerruflich von meinem Konto abzubuchen.

.....

IBAN

.....

BIC

Ihre Daten, die Sie uns mit der Beitrittserklärung überlassen haben, werden zum Zweck des Einzugs des Mitgliedsbeitrags beim Schatzmeister der Fördergesellschaft gespeichert. Diese Daten werden ausschließlich mit dem von Ihnen gewählten Bankinstitut ausgetauscht.

Die Daten werden ansonsten nur für Mitteilungen des Vorstands, z.B. Einladungen genutzt.

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten zu erhalten. Die Daten werden nach den gesetzlichen Bestimmungen gelöscht. D.h. 2 Jahre nach Beendigung der Mitgliedschaft oder bei Widerruf sofort.

Mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis geben wir Ihre Daten an das DMMI weiter, damit Sie mit dem Quartalsbericht, Mitteilungen zu Eröffnungen und anderen Veranstaltungen aktuell informiert werden.

Das DMMI gibt die Daten nicht weiter

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Wenn Sie gerne papierarm mit uns korrespondieren möchten, bitten wir um Ihre email Adresse:

.....

Email Adresse

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe meiner Adresse an das DMMI, damit von dort aus Einladungen an mich ausgesprochen werden können.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift