

Bitte füllen Sie die nachfolgende Beitrittserklärung aus und senden Sie diese an folgende Adresse:

Gesellschaft der Freunde und Förderer des
Deutschen Medizinhistorischen Museums
Anatomiestraße 18 – 20
85049 Ingolstadt
oder: info@freunde-dmmi.de



Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Gesellschaft der Freunde und Förderer des DMMI e.V.

Name, Vorname

Adresse

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit jährlich 50,00 € pro Person.

Ich ermächtige die Gesellschaft der Freunde und Förderer des DMMI e.V., Gläubiger-ID DE 18 22220 0000 900096, den jährlichen Mitgliedsbeitrag widerruflich von meinem Konto abzubuchen.

IBAN

BIC

Ihre Daten werden zum Zweck des Einzugs des Mitgliedsbeitrags gespeichert. Diese werden ausschließlich mit der von Ihnen angegebenen Bank ausgetauscht und für Mitteilungen des Vorstandes an Sie genutzt.

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten zu erhalten. Die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen, d.h. zwei Jahre nach Beendigung der Mitgliedschaft.

Ort, Datum

Unterschrift

☐ Ich bin einverstanden mit der Weitergabe meiner Adresse und E-Mail-Adresse an das DMMI, damit ich mit dem Quartalsheft und den Mitteilungen zu Veranstaltungen des Museums aktuell informiert bin.

☐ Hiermit abonniere ich den monatlichen Newsletter des DMMI.

Ort, Datum

Unterschrift