

**Beitrittserklärung
zur Mitgliedschaft im Deutschen Diabetiker Bund, Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.**

Titel / Vorname / Name / Firma

Anschrift: Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

**Hiermit beantrage ich / wir die Mitgliedschaft im Deutschen Diabetiker Bund-Landesverband
Sachsen - Anhalt e.V. zum (Datum) _____ als**

(zutreffendes bitte ankreuzen)

ordentliches Mitglied (Mitgliedsbeitrag siehe unten)

förderndes Mitglied mit einem Beitrag von _____ € (Mindestbeitrag 50 Euro)

Zusätzliche Angaben bei persönlicher Mitgliedschaft (ordentliches Mitglied)

_____ Typ 1 Typ 2 Pumpe
Geburtsdatum Diabetiker seit (zutreffendes bitte ankreuzen)

Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich für

Tätigkeit und Zeitschrift „Diabetes-Anker“ gewünscht bitte ankreuzen

Arbeitnehmer / Angestellter / Selbstständige

Rentner/ arbeitssuchend / Student / Kind / Jugendlicher

Diabetes-Anker

ohne

mit

38,00 €

61,60 €

20,00 €

43,60 €

Zusätzliche Angabe bei Fördermitgliedschaft:

Ansprechpartner/in

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte/n ich / wir Kenntnis und erkenne/n ausdrücklich

- die Satzung des Vereins,
- die jeweils gültigen Beitragssätze an.

Datum: _____

Unterschrift: X _____

Deutscher Diabetiker Bund
Landesverband S-A e.V.
Frau Christa Kirchof
Joachim-Quantz-Strasse 17
06217 Merseburg

Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass der Verband meine/unsere Daten für interne
Verbandszwecke speichern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese
Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

x

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/ wir,
Herr / Frau / Firma / Verein

Anschrift

den Deutschen Diabetiker Bund - Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. widerruflich,
die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen gegenüber dem DDB, Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

IBAN:

BIC:

bei

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes
keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum x _____
Unterschrift

Vereinbarung zu Datenschutz und Vertraulichkeit

Selbsthilfegruppe Diabetes in _____ **ohne SHG**

Frau / Herr / Firma / Verein _____

Aufgrund der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) möchten wir hier in kurzer, schriftlicher Form
unsere Arbeitsweise und unser Ziel darstellen.

Grundsätzlich sichern wir uns gegenseitige Vertraulichkeit und Verschwiegenheit zu:

- so werden Inhalte zu gesundheitlichen und persönlichen Daten außerhalb der Gruppen nicht weitergegeben bzw. nicht in Zusammenhang mit bestimmten Personen genannt.
- Es gehört nicht zu unseren Tätigkeiten, Daten unser Mitglieder zu sammeln.
- Um jedoch in Kontakt bleiben zu können und über Veranstaltungen oder andere interne Informationen, die Mitglieder bzw. Gruppenleiter, zu informieren hat der Vorstand Zugang zu den Mitgliederdaten.
- Die Vorstandsmitglieder und Gruppenleiter verwenden die uns anvertrauten Daten nur für unsere Vereins- bzw. Gruppenzwecke und geben sie nicht an Dritte weiter.
- Soweit E-Mail Adressen vorliegen werden diese nur als Blindkopie versandt.

Sind sie einverstanden, dass wir Ihre Anschrift an den Verlag weitergeben, damit die Zeitschrift Diabetes-Anker
bzw. das Mitteilungsblatt des Landesverbandes Sachsen-Anhalt e.V. an Sie direkt gesandt werden kann?

Ja

Nein

Des Weiteren möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie Ihre Geburtstagsgrüße von uns erhalten möchten.
Bitte kreuzen Sie dies entsprechend an.

Ja

Nein

Wir verpflichten uns die oben beschriebene Vorgehensweise umzusetzen.
Durch Ihre Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis.

Ort, Datum x _____
Unterschrift