

## Aufnahmeantrag juristische Person

Name der Einrichtung, Gesellschaftsform	
Straße, Hausnummer	Adresszusatz
Postleitzahl, Ort	E-Mail-Adresse
Telefon	Fax

Name, Funktion und persönliche Erreichbarkeit der vertretenden Personen
---

Hiermit beantragen wir zum heutigen Tag die Aufnahme in das Gesundheitsnetzwerk Lübeck und Umgebung als:

aktives Mitglied mit einem Jahresbeitrag nach Beitragsordnung  
(100 € – Stand 1. Oktober 2021)

Fördermitglied mit einem Jahresbeitrag in der Höhe von

Jahresbeitrag in €
--------------------

Satzung und Beitragsordnung sind uns bekannt und werden als verbindlich anerkannt.

Ort, Datum
Unterschrift



*Vom Verein auszufüllen*

Mitgliedsnummer	Datum Aufnahmebeschluss
-----------------	-------------------------

Ort, Datum
Unterschrift Vorstandsmitglied

## **Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz**

**Wir sind einverstanden mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung oben aufgeführten personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung. Im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben sowie zur Organisation von Mitgliedsleistungen dürfen die personenbezogenen Daten an Dienstleister weiter gegeben werden.**

**Insofern wir eine E-Mail-Adresse angegeben haben, sind wir damit einverstanden, dass die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt wird, z. B. Einladung zu Mitgliederversammlungen, Spendenaufrufe oder Abstimmungen.**

**Wir stimmen der Veröffentlichung des Namens und Sitzes unserer Organisation auf der Homepage des Vereins für die Dauer der Mitgliedschaft zu. Fernerhin dürfen Vereinsmitglieder für die Dauer der Mitgliedschaft die Kontaktdaten einsehen.**

**Uns ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.**

Ort, Datum
Unterschrift



## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE11ZZZ00002477927

Mandatsreferenz: **Wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige das Gesundheitsnetzwerk Lübeck und Umgebung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Gesundheitsnetzwerk Lübeck und Umgebung 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.

Titel, Vorname, Name (Kontoinhaber:in)
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort
Kreditinstitut
BIC
IBAN

Ort, Datum
Unterschrift