

## Aufnahmeantrag natürliche Person

Titel, Vorname, Name	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Adresszusatz
Postleitzahl, Ort	E-Mail-Adresse
Festnetztelefon	Mobiltelefon

Hiermit beantrage ich zum heutigen Tag die Aufnahme in das Gesundheitsnetzwerk Lübeck und Umgebung als:

aktives Mitglied mit einem Jahresbeitrag nach Beitragsordnung  
(50 € – Stand 1. Oktober 2021)

Fördermitglied mit einem  
Jahresbeitrag in der Höhe von

Jahresbeitrag in €

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

Ort, Datum
Unterschrift

*Vom Verein auszufüllen*

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

Ort, Datum
Unterschrift Vorstandsmitglied

## Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz

**Ich bin einverstanden mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung oben aufgeführten personenbezogener Daten durch das Gesundheitsnetzwerk Lübeck und Umgebung 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 ich eine E-Mail-Adresse angegeben habe, bin ich damit einverstanden, dass die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt wird, z. B. Einladung zu Mitgliederversammlungen, Spendenaufrufe oder Abstimmungen.**

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

- Ich stimme der Veröffentlichung meines Namens und Wohnorts auf der Homepage des Vereins für die Dauer meiner Mitgliedschaft zu (freiwillig).**
- Ich stimme zu, dass von mir Namen, Anschrift, Telefonnummern und E-Mail-Adresse von anderen Vereinsmitgliedern für die Dauer meiner Mitgliedschaft eingesehen werden dürfen (freiwillig).**

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, 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 Kontoinhaber:in