



Förderverein Klinikum Duisburg e.V.

Zu den Rehwiesen 9 · 47055 Duisburg

Beitrittserklärung ab 01._____.

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Unterschrift _____

Nachstehende Angaben sind freiwillig

Beruf/Funktion _____ Geb.-Datum _____

E-Mail _____ Telefon _____

Ein Formular zum SEPA-Lastschrifteinzug des **Jahresbeitrages** i. H. v. **30,00 €** erhalten Sie mit der Beitrittserklärung. Ersatzweise können Sie den Beitrag auf unser untenstehendes Konto bei der Sparkasse Duisburg überweisen.

Informationspflichten bei Aufnahme

Gemäß Art. 13 Abs. 1 und Abs. 2 DS-GVO sind wir verpflichtet, Sie über Datenverarbeitungsprozesse im Verein zu unterrichten. Aus diesem Grund informieren wir Sie über folgende Prozesse:

- **Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie seines Vertreters**
Vorstand: Lothar Cretnik · Prof. Markus Schmidt · Tobias Kraft
- **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**
Ein Datenschutzbeauftragter ist nicht notwendig; die Rechtmäßigkeit der Verarbeitungen wird vom Vorstand überprüft.
- **Zwecke der Verarbeitung (bitte im Einzelnen aufzählen)**
Verwaltung und Finanzierung der Vereinstätigkeiten
- **Rechtsgrundlage sind berechtigte Interessen i.S.d. Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO**
Satzungsgemäße Erfüllung des Vereinszweckes
- **Empfänger oder Kategorien von Empfängern**
Name und Bankverbindung an die Sparkasse Duisburg zwecks SEPA-Lastschriftverfahren
(sofern Lastschrift beauftragt wird)
- **Absicht über Drittlandtransfer**
Findet nicht statt
- **Speicherdauer der personenbezogenen Daten**
Mitgliederverwaltung: 2 Jahre nach Beendigung der Mitgliedschaft
Beitragsverwaltung: 10 Jahre (gesetzliche Aufbewahrungsfrist)
- **Belehrung über Betroffenenrechte**
Sie haben Anspruch auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung bzw. Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung.
- **Hinweis auf jederzeitiges Widerrufsrecht der Einwilligung**
Der Widerspruch gilt ab dem Zeitpunkt für die Zukunft. Bis dahin verarbeitete Datenverarbeitungen bleiben davon unberührt.
- **Hinweis auf Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde**
Bei Beschwerden können Sie sich an die Landesdatenschutzbehörde in Düsseldorf wenden.
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf poststelle@ldi.nrw.de <https://www.ldi.nrw.de>

Zu den Rehwiesen 9 · 47055 Duisburg · Telefon Sa.-Nr. (0203) 7 33-0

Vorstand: Lothar Cretnik · Prof. Dr. Markus Schmidt · Tobias Kraft

Bankverbindung: Stadtsparkasse Duisburg · IBAN DE57350500000200411700 BIC DUISDE33XXX

SEPA-Lastschriftmandat

Hinweis: Mit dem SEPA-Lastschriftmandat kann der unten genannte übertragende Zahlungsdienstleister seine offenen Forderungen aus der bisherigen Geschäftsbeziehung von dem unten genannten Konto einziehen.

Name des Zahlungsempfängers (übertragender Zahlungsdienstleister)*:

Förderverein Klinikum Duisburg e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers (übertragenden Zahlungsdienstleisters gem. Interbankenband)*:

Straße und Hausnummer:

Zu den Rehwiesen 9

Postleitzahl und Ort:

47055 Duisburg

Land:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers (übertragenden Zahlungsdienstleisters gem. Interbankenband)

*: **DE42ZZZ00000738644**

Die Mandatsreferenz lautet

Nachname, Vorname bitte eintragen

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) die **Förderverein Klinikum Duisburg e.V.**, die Zahlung i. H. v. **30,00 € (dreißig)** von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Förderverein Klinikum Duisburg e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*Angaben sind von dem empfangenden Zahlungsdienstleister auszufüllen.

Name des/der Zahlungspflichten/Verbraucher(s) (Kontoinhaber): _____

Adresse des/der Zahlungspflichtigen/Verbraucher(s) (Kontoinhaber) - Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort: _____ **Land:** _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (22 Stellen): _____

Ort: _____ **Datum (TT-MM-JJJJ):** _____

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen/Verbraucher(s) (Kontoinhaber):
