Beitrittserklärung für den Förderverein des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand

JA, ich möchte den Förderverein des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand unterstützen und Mitglied werden!

Ihre persönlichen Daten

Name, Vorname_____Geburtsdatum_____

Straße_____ PLZ, Ort_____

Telefon _____E-Mail_____

Mitgliedbeitrag und Einzugsermächtigung

O Ich unterstütze den Verein mit einem Mindestbeitrag in Höhe von 2,50€ / Monat

O Ich unterstütze den Verein mit einem Beitrag in Höhe von _____€ / Monat.

Hiermit ermächtige ich den Förderverein des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand, den fälligen Betrag von meinem Konto abzubuchen.

IBAN _____BIC_____

Name Kreditinstitut_____

Datum, Unterschrift_____

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig. Gerne senden wir Ihnen unaufgefordert jeweils zum Anfang des Folgejahres eine Spendenbescheinigung zu. Ihre Mitgliedschaft können Sie unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwei Monaten zum Jahresende schriftlich kündigen.

Gern halten wir Sie auf dem Laufenden...

und informieren Sie wenn gewünscht regelmäßig. Sind Sie einverstanden?

O Einladung zur Mitgliederversammlung

O Veranstaltungen des Krankenhauses

O Veranstaltungen des Fördervereins

Ihr Kontakt zu uns:

Förderverein des
Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand
Groß-Sand 3 | 21107 Hamburg
Tel: 040 - 75 205 -332 | www.gross-sand.de
foerderverein@gross-sand.de

Spendenkonto:

IBAN DE83400602650022104900
BIC GENODEM1DKM
DKM Darlehenskasse Münster

Insel der Menschlichkeit

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Einwilligung in die Speicherung Ihrer Daten.

☐ Ich willige ein, dass das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß- Sand meine Daten für die Bearbeitung meiner Mitgliedschaft im Förderverein erheben und zum Zwecke der damit verbundenen Bearbeitung speichern und verwenden darf.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung Ihrer Rückmeldung statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diese aussprechen. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum: _____ Unterschrift: _____