

Förderverein

Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.
Gartenstraße 21
74564 Crailsheim



ANTRAG AUF EINE MITGLIEDSCHAFT

I. WARUM IST IHRE HILFE SO WICHTIG?

Eine Mitgliedschaft im Förderverein „Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.“ trägt zur Wertschätzung des Krankenhauses als wichtige Gesundheitseinrichtung in der Region bei. Das Krankenhaus ermöglicht den Menschen in der Umgebung mehr Sicherheit und nimmt auch hinsichtlich des Erhalts unserer heimischen Wirtschaft eine zentrale Rolle ein. Dies bringen Sie mit Ihrer Mitgliedschaft zum Ausdruck.

II. ANGABEN ZUR PERSON

Ich möchte das Klinikum Crailsheim unterstützen und beantrage die Aufnahme in den Förderverein „Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.“.

Ihr Name: _____

Ihr Vorname: _____

Ihr Geburtsdatum: _____

Ihre Anschrift: _____

Ihr Telefon: _____

Ihre Email-Adresse: _____

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung die oben angegebenen Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.



Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der oben angegebenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Förderverein

Freunde & Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.
Gartenstraße 21 · 74564 Crailsheim
Vereinsregister: 72 55 77 · Amtsgericht: Stuttgart
Vorsitzender: Stefan Schmidt-Weiss

Sparkasse Schwäbisch Hall-Crailsheim
IBAN: DE94 6225 0030 0002 4845 38
VR Bank Heilbronn Schwäbisch Hall
IBAN: DE61 6229 0110 0571 7770 07



III. SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Förderverein „Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.“ den jeweils gültigen Jahresbeitrag und / oder die Spende im ausgewählten Turnus von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein „Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ihre IBAN: _____

Ihre Bank: _____

Jährlicher Mitgliedsbeitrag (zum Zeitpunkt des Vereinsbeitritts 25 €)

Einmalige Spende in Höhe von _____ €

Jährliche Spende in Höhe von _____ €

IV. PERSONENBEZOGENE DATEN



Ich bin damit einverstanden, dass der Förderverein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir in Publikationen und auf der Homepage des Fördervereins veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Datum: _____

Unterschrift: _____

