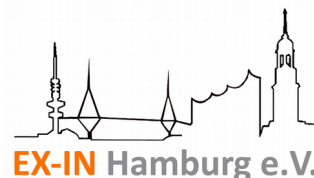


Aufnahmeantrag EX-IN-Hamburg e.V.

als aktives Mitglied



*Diese Felder bitte vollständig ausfüllen.

Anrede:* () Frau () Herr () andere: _____

Titel: _____

Vorname:* _____

Name:* _____

Geburtsdatum* _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Straße:* _____

PLZ/ Ort:* _____

Land:* _____

Ich habe folgenden **EX-IN Kurs mit Zertifikat abgeschlossen:**

() **EX-IN Genesungsbegleiter:in** von _____ bis _____ im Ort _____ .

() **EX-IN Angehörigenbegleiter:in** von _____ bis _____ im Ort _____ .

() **EX-IN Trainer:in** von _____ bis _____ im Ort _____ .

Bitte Kopie des jeweiligen Zertifikates beilegen.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Email, EX-IN Ausbildungsdaten

() **Ich möchte Mitglied von EX-IN Hamburg e.V. werden mit 20,00 € Mitgliedsbeitrag pro Jahr.**

Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag nach Eingang meiner Aufnahmebestätigung selbständig auf folgendes Konto bei der Hamburger Volksbank eG:

Kontoinhaber: EX-IN Hamburg e.V.
IBAN: DE57 2019 0003 0001 5824 02
BIC: GENODEF1HH2

Ort, Datum, Unterschrift

Einverständnis zur Datenerhebung und -verarbeitung

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitglieder- und Beitragsverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummer, Email, EX-IN Ausbildungsdaten



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

Ort, Datum, Unterschrift

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO vom 25.5.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Meine Widerrufserklärung richte ich an den Verein unter folgender Adresse:

EX-IN Hamburg e.V.
c/o Universitätsklinikum Hamburg (W37)
Martinistrasse 52
20246 Hamburg

E-Mail: vorstand@ex-in-hamburg.net

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten von dem Verein gelöscht.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte den Antrag ausdrucken, vollständig ausfüllen und mit beigelegter Kopie des EX-IN Zertifikats per Post an:

EX-IN Hamburg e.V.
c/o Universitätsklinikum Hamburg (W37)
Martinistrasse 52
20246 Hamburg