

Antrag auf Mitgliedschaft



Du hast Lust der jungen Generation eine Stimme im Gesundheitswesen zu geben?
Bitte übermittle deinen Mitgliedsantrag als PDF an bewerbung@hashtag-gesundheit.de
Wir freuen uns auf dich!

Persönliche Angaben:

Name:		Vorname:	
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:		Status:	
Mobilnummer:		E-Mail-Adresse:	

Nach Aufnahme bei Hashtag Gesundheit e. V. werden weitere persönliche Daten gesondert abgefragt, die zur Kommunikation unter den Mitgliedern und für die Teilnahme an Vereinsaktivitäten wichtig sind.

Hinweis zum Datenschutz:

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen der Mitgliedschaft notwendigen personenbezogenen Daten datenschutzkonform gemäß Bundesdatenschutzgesetz erfasst und verarbeitet werden. Die Mitgliederdatenverwaltung wird durch Hashtag Gesundheit e.V. nach den Maßgaben von § 11 BDSG durchgeführt, welche die Mitgliederdaten ausschließlich im Auftrag von Hashtag Gesundheit e.V. verarbeitet. Hierzu werden alle notwendigen Maßnahmen zur Datensicherheit getroffen. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Jährlicher Mitgliedsbeitrag:

Studierende / Auszubildende	EUR 19,00	Berufstätige	EUR 49,00
------------------------------------	-----------	---------------------	-----------

Der Mitgliedsbeitrag wird zum Beginn der Mitgliedschaft fällig und für 12 Monate per Lastschrift eingezogen. Eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung ist zusammen mit dem Mitgliedsantrag vorzulegen. Mit der Aufnahmebestätigung durch den Vorstand beginnt die Mitgliedschaft bei Hashtag Gesundheit e. V.



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein Hashtag Gesundheit e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Hashtag Gesundheit e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Konto-Inhaber:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

.....

Ort, Datum

Unterschrift

Kontoinhaber: Hashtag Gesundheit

Kreditinstitut: Deutsche Ärzte- und Apothekerbank (apoBank)

IBAN: DE46 3006 0601 0005 8343 65

BIC: DAAEDEDXXX

Einverständniserklärung

Ich willige ein, dass meine Mitgliedschaft bei Hashtag Gesundheit e. V. beginnt, sobald der Vorstand meinen Antrag bewilligt hat. Die bestehende Satzung (Stand: 22. Juni 2018) erkenne ich an. Mir ist bewusst, dass eine Nichteinhaltung zu meinem Ausschluss führen kann.

.....

Ort, Datum

Unterschrift