

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle
Friedrichstr. 15
60323 Frankfurt am Main

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

Jahresbeitrag Euro 55,--

- Arzt/Ärztin; Fachrichtung _____
 Apotheker: in Sanitätsfachhändler: in _____

Jahresbeitrag Euro 38,50

- Pflegekraft Ass.-Arzt. /Ärztin (mit Nachweis)
 Physiotherapeut: in MTA

Jahresbeitrag Euro 77,--

- Sanitätshaus Ambulanter Pflegedienst Sonstiges Unternehmen

Titel / Name _____

Abteilung _____

Klinik / Praxis _____

Straße _____

Ort _____

Tel. _____

E-Mail dienstlich _____

E-Mail privat _____

Digitaler Newsletter / Digital Mailings:

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft informiert ihre Mitglieder über Neuigkeiten aus dem Bereich der Inkontinenz und der Gesellschaft mit einem digitalen Newsletter und digitalen Mailings. Auch führt sie Mitgliederbefragungen durch. Sie können sich jederzeit aus dem Verteiler austragen.

Ich möchte den Newsletter/die Mailings erhalten:

- ja E-Mail für Zusendung des Newsletters: _____

Datenschutzerklärung

Die Hinweise zum Datenschutz sind den Datenschutzhinweisen für Mitglieder der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. zu entnehmen. Die Datenschutzhinweise für Mitglieder der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. sind mir bekannt.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke und mit der Veröffentlichung der auf S. 1 aufgeführten „Daten der Beratungsstelle für die Veröffentlichung auf www.kontinenz-gesellschaft.de“ gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert, wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Für die Inanspruchnahme weiterer Betroffenenrechte oder auch meines Widerspruchsrechts genügt eine E-Mail an info@kontinenz-gesellschaft.de. Einen gesonderten Datenschutzbeauftragten gibt es aufgrund der Größe der Verwaltung der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. nicht, da weniger als 20 Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind (vgl. § 38 Abs. 1 BDSG i.V.m. Art. 37 DSGVO)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Den Antrag auf Mitgliedschaft als anerkannte Beratungsstelle und die dazugehörigen Bedingungen finden Sie auf der Website www.kontinenz-gesellschaft.de

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V., Friedrichstrasse 15, 60323 Frankfurt am Main

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI): DE11ZZZ00001485714

Ich (Wir) ermächtige(n) die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Deutsche Kontinenz Gesellschaft 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.

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. zieht den Betrag am 15.01. des Jahres ein. Sollten Sie unterjährig eintreten, wird der Betrag zum 15. des Folgemonats eingezogen.

Kontoinhaber

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort (ggfs. Land)

Kreditinstitut

IBAN: | | | | |

Bitte beachten: In Deutschland hat die IBAN immer 22 Stellen

BIC: _____

Name Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Vorname und Nachname

Alternativ:

Ich zahle per Überweisung nach Erhalt des Beitragsbescheids.