



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V.

Name, Vorname*:	
Strasse und Hausnr*.	
PLZ / Ort*	
Telefon	
Faxnummer	
Mobil	
Geburtsdatum*	
Emailadresse	
Erkrankung	

*= Pflichtangaben

Ich beantrage eine

Einzelmitgliedschaft (Jahresbeitrag 15€)

Familienmitgliedschaft (Jahresbeitrag 20€) für alle Familienangehörigen im Haushalt

Vorname Familienangehöriger*	Geb.datum Familienangehöriger*	Erkrankung Familienangehöriger	Email Familienangehöriger

Den Mitgliedsbeitrag zahle ich per

Überweisung

bequemer Lastschrift (Bitte SEPA Lastschriftmandat ausfüllen)

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE69ZZZ00001995666	
Mandatsreferenz	wird separat mitgeteilt	
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> einmalig (bei Spenden, einmalig)	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung (bei Mitgliedschaften)

Kontoinhaber*		
IBAN*		
BIC*		
Land*	<input type="checkbox"/> Deutschland oder	
Kreditinstitut*		

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Deutsche Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der aktuell gültige Jahresbeitrag über 15,00 EUR bei Einzelpersonen und 20,00 EUR bei Familien wird jährlich im März per Lastschrift eingezogen. Bei unterjährigen Beitritten erfolgt der Einzug innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Einzugsermächtigung, ab dem darauffolgenden Jahr ebenfalls im März.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die in der Beitrittserklärung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mir die Deutsche Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. postalisch Informationen zum Verein, zu autoinflammatorischen Erkrankungen und zu aktuellen Themen, sowie zur Mitgliedschaft übersendet.
- Ich willige ein, dass mir die Deutsche Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. per E-Mail/Telefon/Fax/SMS* Informationen zum Verein, zu autoinflammatorischen Erkrankungen und zu aktuellen Themen, sowie zur Mitgliedschaft übersendet. (* bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen)
- Ich willige ein, dass mir die Deutsche Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. einen Newsletter zusendet, der mich über die Aktivitäten des Vereins und Informationen zu pharmazeutischen Unternehmen und Daten von Kliniken, Ärzten und sozialrechtlichen Fragestellungen informiert.
- Ich willige ein, dass die Deutsche Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. meine personenbezogenen Daten anonym zu statistischen eigenen Vereinszwecken und zur Erstellung von Analysen anonym auswerten darf.
- Ich willige ein, dass die Deutsche Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. meine Kontaktdaten (Name, Emailadresse) an andere Betroffene zum Zwecke des Kommunikationsaustausches verarbeiten und weiterleiten darf. Die Erlaubnis wird vor der Weiterleitung per Email eingeholt und nicht ohne Zustimmung weitergegeben. Die Auswahl erfolgt durch die Angabe der Erkrankung, diese wird aber nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum	Unterschrift

**Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung,
Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Deutschen Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Deutschen Gesellschaft für autoinflammatorische Erkrankungen e.V. die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Ihren Widerspruch richten Sie dabei bitte an die in dieser Beitrittserklärung ausgewiesenen Kontaktwegen.

Die jeweils gültige Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Homepage
<https://www.autoinflammatorisch.de>

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ort, Datum	Unterschrift