

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage meine Aufnahme in den „Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e. V.“ als ordentliches / als förderndes Mitglied.

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Dienstanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Datenschutzklausel gemäß § 33 BDSG, Art 6 Abs. 1a,b EU-DSGVO: Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung obiger personenbezogener Daten durch den VFFP zur Mitgliederverwaltung und -betreuung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung erkläre ich mich einverstanden. Der VFFP e. V. versichert, dass diese Daten nicht weitergegeben und nur für vereinsrelevante Ziele verwendet werden.

Ich habe die Satzung zur Kenntnis genommen  ja

Ich möchte bei Veranstaltungen helfen:  ja  nein

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Antragstellers

### **Einzugsermächtigung - Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften**

Ich ermächtige den Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e. V. (VFFP e. V.) den Jahresbeitrag in Höhe von 20,00 Euro bei Fälligkeit, jährlich am 2. Januar, vom unten stehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VFFP e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Bestätigung über den Einzug des Lastschriftbeitrages mitgeteilt. Kosten der Nichteinlösung von Lastschriften gehen zu meinen Lasten. Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mandat gilt für einmalige Zahlung  Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Ort (Sitz der Bank): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber: \_\_\_\_\_