



Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V.

Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V.  
Geschäftsstelle: Märkische Str. 61, 44141 Dortmund  
Tel. 0231 10877553, Fax 0231 58696417  
info@bundesverband-glaukom.de  
**www.bundesverband-glaukom.de**

Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V.  
Märkische Str. 61  
44141 Dortmund

## **Aufnahmeantrag**

Hiermit stelle ich meinen Antrag zur Aufnahme in den Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V. als

ordentliches Mitglied (Mindestbeitrag 18 Euro/Jahr

Fördermitglied (z. B. Ärzte oder Therapeuten, Mindestbeitrag 50 Euro/Jahr).

Mein Jahresbeitrag beträgt: \_\_\_\_\_ Euro.

Der BvGS e. V. ist gemeinnützig anerkannt. Mitgliedsbeiträge oder Spenden können steuerlich geltend gemacht werden.  
Die Satzung und Informationen finden Sie auf unserer Homepage.

Ich erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten für interne Vereinszwecke einverstanden:  
 ja       nein

Name, ggf. Erziehungsberechtigter

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

E-Mail zum Informationsversand

Name/Geburtsdatum Glaukom-Kind

Beruf (freiwillige Angabe)

Ort/Datum

Unterschrift

Sparkasse Dortmund  
**IBAN:** DE08 4405 0199 0171 0253 38  
**BIC:** DORTDE33XXX

Vereinsregister Dortmund: Nr. 5956  
Vorsitzender: Cornel Hirth

Finanzamt Dortmund-Ost  
Steuer-Nr.: 317/5942/3894



Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V.

Seite 2 Aufnahmeantrag

## **Die Erteilung eines SEPA – Lastschriftmandats ist Voraussetzung zur Aufnahme in den Verband**

Ich ermächtige den Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V. (Gläubiger-ID: DE24ZZZ00001056158) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Zahlungstermin: jährlich im Monat Januar

Hinweis: 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.

Name des Kontoinhabers

Adresse des Kontoinhabers

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort/Datum

Unterschrift Kontoinhaber



Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V.

Seite 3 Aufnahmeantrag

## **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Ich willige ein, dass der Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V. (BvGS) folgende Daten

Vornamen, Namen

Geburtsdaten

Wohnadresse

E-Mail-Adresse

Telefonnummer (Handynummer)

Bankverbindung

zum Zweck der Mitgliederverwaltung und Erhebung der Mitgliedsbeiträge erhebt und verarbeitet. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur zum Zweck der Verwaltung der Mitgliedsdaten und der Versendung der Mitgliederzeitschrift.

Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:  
Bundesverband Glaukom-Selbsthilfe e.V., Märkische Straße 61, 44141 Dortmund.

Datum

Unterschrift