MITGLIEDSANTRAG

Bundeselternverband Perinatale Asphyxie und HIE e.V.

Gemeinsam stark für Kinder mit perinataler Asphyxie und HIE und ihre Familien.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Bundeselternverband Perinatale Asphyxie und HIE e.V.

1 Persönliche Angaben

Vorname *

Nachname *

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) *

Telefon (freiwillig)

Straße, Hausnummer *

PLZ *

Ort *

E-Mail-Adresse *

* Pflichtangabe für die Bearbeitung des Mitgliedsantrags.

2 Gewünschte Mitgliedschaft

Ordentliche Mitgliedschaft

Jahresbeitrag: derzeit 1,00 Euro gemäß Beitragsordnung.

Außerordentliche Mitgliedschaft (Fördermitgliedschaft)

Der jährliche Förderbeitrag wird frei gewählt.

Frei gewählter Förderbeitrag pro Jahr

EUR

Hinweis

Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand gemäß Satzung. Die Mitgliedschaft wird durch die Aufnahmebestätigung wirksam.

MITGLIEDSANTRAG

Bundeselternverband Perinatale Asphyxie und HIE e.V.

Freiwillige Angaben, Erklärungen und interne Bearbeitung

3 Freiwillige Angaben

Mein Bezug zum Verein

- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Angehörige/r
- ☐ selbst betroffen
- ☐ medizinische Fachperson
- ☐ Therapeut/in
- ☐ Pflegefachperson
- ☐ Hebamme
- ☐ Sonstiges

Ergänzung zu Sonstiges

Ich möchte mich engagieren

- ☐ Elternnetzwerk
- ☐ Öffentlichkeitsarbeit
- ☐ Veranstaltungen
- ☐ Fundraising
- ☐ Politische Interessenvertretung
- ☐ Wissenschaftliche Projekte

Sonstiges Engagement

- ☐ Ich wünsche Kontakt zu anderen betroffenen Familien.
- ☐ Ich bin bereit, als Ansprechpartner/in für andere Familien zur Verfügung zu stehen.

4 Erklärung und Datenschutz

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Aufnahme und erkenne die Satzung sowie die Beitragsordnung des Vereins in ihrer jeweils gültigen Fassung an.

- ☐ Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung, der Vereinskommunikation sowie zur Erfüllung der satzungsmäßigen Aufgaben gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet werden.
- ☐ Ich möchte den Newsletter des Bundeselternverbandes erhalten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- ☐ Ich habe die Datenschutzhinweise des Bundeselternverbandes Perinatale Asphyxie und HIE e.V. zur Kenntnis genommen.

Datenschutzhinweis: Ausführliche Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind auf der Internetseite des Vereins abrufbar oder werden auf Wunsch in Textform bereitgestellt.

Ort, Datum *

Unterschrift *

5 Vom Vorstand auszufüllen

Mitgliedsnummer

Mitgliedschaft ab

- ☐ Aufnahme beschlossen

Beschlussdatum

Unterschrift Vorstand

Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet.