

Bitte den ausgefüllten Bogen in einem Fensterbriefumschlag oder per Fax versenden.

MHB Förderverein
c/o Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB)
Fehrbelliner Str. 38
16816 Neuruppin

Per Fax 03391 39-14109

Absender:

Vor- und Zuname, akademischer Grad

Firma, Verein oder Verband

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ja, ich will ...

... mitfördern und beantrage hiermit meinen Beitritt zum MHB Förderverein:
(bitte ankreuzen:)

- Mitgliedschaft als Privatperson (Jahresbeitrag 36 Euro)
- Mitgliedschaft für Firmen, Vereine und Verbände (Jahresbeitrag 120 Euro)
- Mitgliedschaft als Studierende/r (Jahresbeitrag 24 Euro)

Hinweis: Das PDF-Formular kann mit dem Adobe Acrobat Reader oder einem vergleichbaren Programm ausgefüllt und gedruckt werden. Bitte senden Sie uns den Ausdruck dann analog unterschrieben in einem Fensterumschlag oder per Fax zu.

Zu meinem Mitgliedsbeitrag möchte ich den Förderverein unterstützen durch eine ...

- Einmalige Spende in Höhe von _____ Euro
- Jährliche Spende in Höhe von _____ Euro

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum MHB Förderverein. Der Beitrag für die Jahresmitgliedschaft beträgt für Privatpersonen 36 Euro (Firmen, Vereine und Verbände 120 Euro, Studierende 24 Euro) und wird bis auf Widerruf von dem unten genannten Konto gemäß nachstehender Einzugsermächtigung abgebucht. Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar. Hiermit erteile ich eine Einzugsermächtigung als SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug des Jahresbeitrages. Unabhängig von meinem Eintritt erfolgt der Einzug jährlich zum 1. Februar. Sie erhalten von uns jährlich automatisch eine Spendenbescheinigung. – **Datenschutzregelungen laut DSGVO:** Zugleich willige ich ein, dass der MHB Förderverein mit der Beitrittserklärung meine personenbezogenen Daten erhebt und für satzungsgemäße Vereinszwecke verarbeitet. Die Verarbeitung meiner Persönlichkeitsdaten ist aufgrund der Beitrittserklärung erforderlich, dient ausschließlich Vereinszwecken und wird keinesfalls an Dritte weitergereicht.

Ort Datum Unterschrift(en)

Einzugsermächtigung

Mitgliedsbeitrag: _____ Jährl. Spende: _____

Gesamtsumme: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

Ort Datum Unterschrift(en)

Widerrufsbelehrung: Jederzeit und ohne Angaben von Gründen kann diese Einwilligung von mir widerrufen werden, mündlich oder schriftlich, auch per E-Mail, gegenüber dem Verein unter der angegebenen Adresse. Ich kann jederzeit umfangreiche Auskunft, Sperrung oder Löschung meiner Daten vom Förderverein verlangen.

Ort Datum Unterschrift(en)