

An die
Gaucher Gesellschaft Deutschland e.V.
Burgstr. 3
54673 Koxhausen
oder
Fax Nr. 0700 443 00 443-9 mail@ggd-ev.de



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der GGD e.V.:

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße / Haus-Nr.	_____ Postleitzahl / Ort
_____ Telefon	_____ Email

Bei Minderjährigen, die Gaucher Patienten sind: Bitte Vornamen und Geburtsdatum angeben.

Wir bitten um folgende, freiwilligen Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ich bin Betroffene(r) Diagnose im Jahr _____
 Ich bin/Wir sind Eltern Angehörige/r Freund/e Bekannte/r eines/r Betroffenen
 Ich bin/Wir sind Interessiert/e und möchte/n die GGD mit meiner/unsere(r) Mitgliedschaft unterstützen.

Ich bin/Wir sind tätig als

Wie bzw. wodurch haben Sie von der Arbeit der GGD erfahren?

Datum und Unterschrift

Ausfüllung und Rückgabe von
Seite 2 (Datenschutzerklärung)
zwingend erforderlich !

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die GGD e.V., mit Sitz in Koxhausen, widerruflich, den nachstehend aufgeführten jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines nachstehenden Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Name, Vorname des Kontoinhabers:

Bank :

BIC :

IBAN :

Betrag :

(Mindestbeitrag EUR 36,-)

Datum und Unterschrift

**Datenschutzhinweise im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft in der GGD e.V.
gem. EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG n.F.)**

Die GGD **erhebt** von Ihnen als Mitglied die im „Antrag auf Mitgliedschaft“ genannten personenbezogenen Daten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Tätigkeit, Patientenstatus und Kontoverbindung **für die Zwecke** der Mitgliederverwaltung, der Übermittlung von Vereinsinformationen, des Beitragseinzuges und der Verfolgung des Vereinszweckes gem. unserer Satzung.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Tätigkeit, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Status: Patient/Angehöriger/Interessierter. Mir ist bewusst, dass dem Aufnahmeantrag ohne diese Einwilligung aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht stattgegeben werden kann.

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Diese Einwilligung kann jederzeit postalisch, per E-Mail oder per Fax widerrufen werden.

Die **Verarbeitung** der Daten erfolgt ausschließlich (a) in Textform und (b) mittels Standardsoftware auf Computern des Vereins.

Eine **Übermittlung von Daten** an Dritte außerhalb des Vereins findet nicht statt, sofern wir dazu nicht per Gesetz verpflichtet sind. Die Datenübermittlung an Mitglieder des Vereins in Form einer Patientenliste erfolgt nur bei vorliegender Einwilligung auf dem „Antrag auf Mitgliedschaft“. Diese Weitergabe erfolgt ausschließlich in schriftlicher Form und dient der Kontaktaufnahme zwecks Erfahrungsaustausch.

Ja, ich wünsche die Aufnahme auf die bundesweite Gaucher-Patientenliste und willige der Weitergabe an andere Betroffene ein.

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Diese Einwilligung kann jederzeit postalisch, per E-Mail oder per Fax widerrufen werden.

Die Daten werden gem. § 195 BGB drei Jahre nach Beendigung der Mitgliedschaft, ohne, dass es eines Antrages bedarf, **gelöscht**, sofern die o.g. gesetzlichen Aufbewahrungsfristen keine andere Regelung treffen.

Als **Mitglied** haben Sie **Rechte**. Ihre Einwilligung zur Nutzung der Daten können Sie jederzeit postalisch, per E-Mail oder per Fax widerrufen (Art. 7, 13, 14 DSGVO), was automatisch zur Beendigung der Mitgliedschaft führen wird. Sie haben das Recht auf Auskunft über Ihre von uns gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO), auf Berichtigung fehlerhafter Daten (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 Abs. 1 DS-GVO) und Sie können einer Verarbeitung ihrer Daten widersprechen (Art. 21 DSGVO).