

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Der **Endometriose Dialog e.V.** erhebt mit dem Beitritt die aufgeführten Daten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten erfolgt ausschließlich zur Erfüllung der Vereinsziele und zur Betreuung seiner Mitglieder.

Sofern Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben, wird die vereinsinterne Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt. Unter anderem erhalten Sie auf diesem Wege das vereinsinterne Infoblatt. Weiterhin gibt der Verein Ihre Daten im Rahmen seiner satzungsgemäßen Aufgaben sowie zur Organisation von Mitgliedsleistungen an Dienstleister weiter – beispielsweise an Druckereien, die Veranstaltungseinladungen anfertigen. Dabei werden jeweils so wenige Daten wie möglich übermittelt.

Der **Endometriose Dialog e.V.** veröffentlicht und verlinkt alle juristischen Mitglieder auf seiner Homepage in dem Verzeichnis seiner Mitgliedsorganisationen. Zudem veröffentlicht er die Kontaktdaten der im Verein organisierten Ärzt*innen und weiteren Fachexpert*innen im Bereich „Netzwerkpartner finden“, sofern diese eine Veröffentlichung wünschen und ihr Einverständnis erklären.

Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem **Endometriose Dialog e.V.** unter den angegebenen Kontaktdaten widerrufen. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Ich erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift:

Endometriose Dialog e.V.
Lutherstraße 11
04315 Leipzig
Telefon: 0152 23 66 91 61
E-Mail: info@endo-dialog.de
www.endo-dialog.de

Registergericht
Amtsgericht Leipzig | VR 6852

Vertretungsberechtigter Vorstand
Liane Döring (Vorsitzende)
Kathrin Weinel (stv. Vorsitzende)

Spendenkonto
Endometriose Dialog e.V.
Sparkasse Leipzig
IBAN: DE26 8605 5592 1090 2296 89
BIC: WELADE8LXXX

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Werde
Mitglied!

**ENDO
METRIOSE
DIALOG e.V.**

Auf einen
Blick:

Was tut der Endometriose Dialog e.V.?

- wir leisten eine fachlich korrekte und qualitativ hochwertige *Aufklärung* der Öffentlichkeit
- wir erstellen *Informationsmaterial*
- wir organisieren *Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen* und begleiten diese
- wir *vernetzen alle Beteiligten der verschiedenen medizinischen Fachbereiche* – das Ziel: eine ganzheitlichen Betrachtung und Behandlung
- wir stärken die *bundes- und europaweite Kooperation zwischen den wichtigsten Akteuren* (Wissenschaft, Forschung, Medizin, Politik und Selbsthilfegruppen)
- wir beraten und unterstützen *Selbsthilfegruppen* bundesweit

Hilf uns dabei, werde ein Teil von uns! Werde Mitglied →

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich zum Ersten des: _____ / _____ (Monat/Jahr) meinen Beitritt im Verein **Endometriose Dialog e.V.** Die Mitgliedschaft beginnt jedoch frühestens mit der Zahlung des ersten Jahresbeitrages.

Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Geburtsdatum: _____

Tätigkeit/Funktion (z.B.: Fachrichtung, Medien, Wissenschaft, Privatperson usw.):

Privatanschrift: _____

Straße: _____ Nummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Geworben durch: _____

Der Jahresbeitrag wird von der Mitgliederversammlung beschlossen und beträgt zurzeit regulär

- für Mitglieder **20 Euro**
- für Fördermitglieder **150 Euro**

Er soll in Höhe von _____ Euro mittels Einzugsermächtigung erhoben werden. Die Satzung des **Endometriose Dialog e.V.** ist mir bekannt.

Ort, Datum und Unterschrift: _____

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Um die Vereinsarbeit zu erleichtern bitten wir Sie, um Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren.

Info: Bei nicht Teilnahme am Bankeinzugsverfahren müssen wir aufgrund zusätzlicher Bearbeitung einen Beitrag in Höhe von 5 Euro berechnen.

Ich ermächtige den SchatzmeisterInn des **Endometriose Dialog e.V.**, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Änderungen meiner persönlichen Daten teile ich zeitnah dem **Endometriose Dialog e.V.** mit.

SEPA - Lastschriftmandat | Mandatsreferenznummer | Mitgliedsnummer

Endometriose Dialog e.V., Lutherstraße 11, 04315 Leipzig

Gläubiger-Identifikationsnummer DE92ZZZ 00002273254

Der Mitgliedsbeitrag ist unmittelbar nach Erhalt der schriftlichen Aufnahmebestätigung fällig, bei laufender Mitgliedschaft im ersten Quartal eines Jahres.

ERMÄCHTIGUNG ZUM BANKEINZUGSVERFAHREN

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____

Ort, Datum und Unterschrift KontoinhaberIn:
