

## 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.

## ERMÄCHTIGUNG ZUM BANKEINZUGSVERFAHREN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift KontoinhaberIn:  
\_\_\_\_\_