



Aufnahmeantrag Ich möchte Mitglied werden.

Vorname, Name

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Geb.-Datum

Telefon

Email

Dialysezentrum

Ich habe die Satzung gelesen und erkenne sie an.

Ort, Datum Unterschrift

Information zur Verarbeitung und Speicherung personenbezogener Daten gemäß DS-GVO durch den Dialysepatienten und Transplantierte Chemnitz e. V.

Auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit.b) DS-GVO erhebt, speichert und verarbeitet der o. g. Verein die Daten seiner Mitglieder, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind. Namen und Adressen werden zum Bezug der Mitgliederzeitschrift an den Sächsischen Landesverband Niere e. V. und somit auch an den Bundesverband Niere e. V. weitergegeben. Mitglieder haben das Recht, die über sie gespeicherten Daten einzusehen, zu berichtigen und gegebenenfalls jederzeit die Löschung der Daten zu verlangen. Dazu genügt ein kurzes Anschreiben an den Vorstand per Email: kontakt@dtcev.de oder an die postalische Anschrift: Dialysepatienten und Transplantierte Chemnitz e. V., Bürgerstraße 2, 09113 Chemnitz.

----- Bitte hier abtrennen zum Verbleib beim neuen Mitglied -----

Nach Abgabe des Aufnahmeantrages erhalten Sie von uns ausführliche Hinweise zur Überweisung des Mitgliedsbeitrages.

Bitte überweisen Sie bei der 1. Beitragszahlung zusätzlich einmalig 2,50 € Aufnahmebeitrag. Danach überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag bitte jährlich bis spätestens 30.Juni jeden Jahres auf unser Vereinskonto. **Es erfolgt keine gesonderte Aufforderung zur weiteren Beitragszahlung.** Wir empfehlen die Einrichtung eines Dauerauftrages bei Ihrer Bank oder Sparkasse.

Bitte teilen Sie uns immer Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (Umzug, Transplantation, Dialysewechsel usw.) mit! Nur so ist eine zuverlässige Lieferung unserer Vereinszeitschrift "Der Nierenpatient", den „DTC-Nachrichten“ und Informationen über Veranstaltungen unseres Vereins möglich.

Bankverbindung: Sparkasse Chemnitz
IBAN: DE40 8705 0000 3527 0011 8

Mitgliedsbeitrag:

Patient: **25 €/Jahr**, Angehörige im gleichen Haushalt: **25 €/Jahr**,
Fördermitglieder: Mindestbeitrag **25 €/Jahr** gültig ab 1.01.2025