



Antrag zur Mitgliedschaft
in dem
Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V.

Name:		
Vorname:		
Strasse, Hausnummer:		
PLZ; Ort		
Telefon:		
Mobil:		
E-Mail:		

- Meinen Jahresbeitrag werde ich jährlich bis zum 31.03. überweisen.
- Meinen Jahresbeitrag lasse ich einziehen (Einzugsermächtigung liegt bei).
- Ich bitte um Beitragsbefreiung weil ich:
- von Grundsicherung, Hartz IV, ALG II Lebe
 - folgende Gründe (bitte kurz beschreiben) habe:

Ich beantrage die kostenlose Familienmitgliedschaft für folgende im gleichen Haushalt lebenden Personen:

Name	Vorname	Wohnort
		s. oben
		s. oben
		s. oben
		s. oben

Ich bin: Betroffener; Elternteil; Angehöriger; Behandler.

Ort, Datum

Unterschrift



Einwilligung zur Speicherung und Gebrauch unserer/meiner personenbezogenen Daten

Geltungsbereich

Die nachstehende männliche Schreibweise gilt auch für die mögliche weibliche Schreibform.
Das Datenschutzgesetz gilt auch für Vereine und seine Mitglieder. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Verein gemeinnützig ist oder nicht, ob er ins Vereinsregister eingetragen (e.V.) ist oder nicht.
Diese Datenschutzerklärung und das Widerspruchsrecht sind Bestandteil des Datenschutzgesetzes und der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), die ab 25.05.2018 in Kraft getreten ist.

Datenschutz

Mit der Mitgliedschaft im Verein anerkennen aktive wie fördernde Mitglieder die nachstehende Regelung. Über die Erfassung, Verarbeitung, Speicherung, Weitergabe und Veröffentlichung personenbezogener Daten wird hiermit unterrichtet.
Im Rahmen der Mitgliederverwaltung werden seitens der Vereinsführung von den Mitgliedern und vom gewählten Vorstand nachfolgende personenbezogenen Daten zur Identifikation und im Sinne des Satzungszweckes unter Beachtung der Regelungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) erhoben, verarbeitet, gespeichert und verwendet. Die Datenunterlagen der einzelnen Mitglieder verbleiben im Verein. Die Pflege und Speicherung der Daten des Vereins erfolgt auf unserer Datenbank. Eine direkte Weitergabe der Daten erfolgt im Rahmen von Pflichtmeldungen an die Versicherungen u.a. im dazu notwendigen Umfang.

Wer hat Zugriff auf meine personenbezogene Daten?

Der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V. erhebt eine Datenbank von Beitragsmitgliedern und nicht Beitragsmitgliedern.
Die hierfür benötigten personenbezogenen Daten, wie oben genannt, werden dort gesammelt und gepflegt.
Nur der gewählte Vorstand der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V. hat einen Einblick auf die Datenbank.
Die Datenbank und die damit verbundenen personenbezogenen Daten werden dann verwendet, wenn z.B. über Veranstaltungen, Aktivitäten, Veränderungen, Vereinsinformationen, Mitwirkung/Teilnahme an einer Veranstaltung, Mahnbescheid oder allgemeine Anliegen informiert werden möchte.

Kontaktaufnahme:

Des Weiteren bin ich/sind wir damit einverstanden, dass der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V., an mich/uns, als Vereinsmitglied, über jede Form von Kommunikationswegen, z.B. durch eine Briefsendung, E-Mail, Telefonanruf (Festnetz/ Mobilnummer), SMS, an uns herantreten darf, ohne vorher davon in Kenntnis gesetzt worden zu sein.
Diese wird/kann in Anspruch bei Veranstaltungen, Aktivitäten, Veränderungen, Vereinsinformationen, Mahnbescheid, Mitwirkung einer Veranstaltung / Aktivität oder wegen einer Absprache.

Auskunftsrecht über meine personenbezogenen Daten:

Der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V. wird der Informationspflicht nachkommen, wenn ich/wir das Auskunftsrecht über meine/unsere personenbezogenen Daten beanspruche.
Mit der Informationspflicht, wird mir/uns der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V. Auskunft darüber geben, welche personenbezogenen Daten erhoben worden sind und ob sie an Dritte weitergegeben worden sind.
Der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V. wird mich persönlich kontaktieren und meine/unsere Einwilligung einholen, wenn es dazu kommen sollte, dass unsere personenbezogenen Daten (Name, Alter, Mukoviszidose betroffen oder nicht Mukoviszidose betroffen) für Öffentlichkeitsarbeit oder Ähnliches benötigt werden sollte.
Der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V. kann/wird mir diese Auskunft mündlich, schriftlich oder in elektronischer Form mitteilen.



Löschung meiner personenbezogenen Daten:

Meine personenbezogenen Daten bleiben in der Datenbank gespeichert bis der Wunsch zur Löschung schriftlich erfolgt oder die schriftliche Kündigung der Mitgliedschaft eingereicht wird. Die Daten werden zum Ende der Mitgliedschaft (31.12. des gekündigten Kalenderjahres) gelöscht.

Beschwerderecht:

Sollten unsere / meine personenbezogenen Daten (Name, Nachname, Adresse, Wohnort, Telefonnummer, E-Mail- Adresse und Bankdaten) ohne unsere/meiner Kenntnis und ohne entsprechender Einwilligung verwendet werden, können wir / kann ich mich beim Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien Hansestadt Bremen (vgl. Art 77 DSGVO) melden.

Mit meiner/unsere Unterschrift bestätige/n ich/wir und gebe/n ich/wir meine/unsere Einwilligung für die Speicherung meiner/unsere personenbezogenen Daten in der Datenbank der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V. um bei betreffenden Vereinsangelegenheiten davon Gebrauch zu machen.

Datenschutzerklärung:

Wenn keine automatische Kontaktaufnahme über diverse Kommunikationswege gewünscht ist, kann dies schriftlich bei der Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V. widerrufen werden. Ich stimme der Datenerfassung und Verwendung meiner folgenden aktualisierten personenbezogenen Daten im Verein bis zum Widerruf oder Ausscheiden aus dem Verein zu:

Vorname, Nachname _____

Ich stimme Texten und Fotos von satzungsgemäßen Vereinsveranstaltungen wie folgt zu:

- Fotos, auf denen ich zu sehen bin (interne Vereinsmedien: Homepage, Prospekte, Chronik u.a)..
- Fotos, auf denen ich zu sehen bin (externe Medien: öffentliche Presse und öffentliche Medien)
- Texte, in denen ich genannt werde (interne Vereinsmedien)
- Texte, in denen ich genannt werde (externe Medien)
- ich stimme zu meine angegebenen Kontaktdaten individuell zu nutzen
- ich stimme nicht zu...

Bestätigung der Kenntnisnahme und des Einverständnisses über die Hinweise zum Datenschutz, zur Datenschutzerklärung und zum Widerspruchsrecht

Mit meiner nachfolgender Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und das Einverständnis über die Datenschutzregelungen des Vereins (Datenschutz, Datenschutzerklärung, Belehrung über mein Widerspruchsrecht):

Vorname / Nachname des Mitglieds

Ort, Datum

handschriftliche Unterschrift des Mitglieds

Ort, Datum

handschriftliche Unterschrift des Mitglieds

Ort, Datum

handschriftliche Unterschrift des Mitglieds

Ort, Datum

handschriftliche Unterschrift des Mitglieds