



ZVR: 865474223 / www.chronischkrank.at / kontakt@chronischkrank.at

MITGLIEDSERKLÄRUNG

Ihr Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

PLZ, Ort:

E-Mail:..... Telefon:.....

Unterschrift: Datum:.....

- SHG Fibromyalgie Österreich
- SHG Lipödem Österreich
- SHG IC Österreich
- SHG Urtikaria
- SHG Skoliose und Deformation der Wirbelsäule
- Idiopathische Hypersomnie (IHS) Österreich

Der Verein ChronischKrank Österreich behält es sich vor, **bis auf Widerruf** Ihre folgenden **personenbezogenen Daten** (Name, PLZ, Telefon, Geb.-Datum, Erwerbsstatus, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Herkunftsland) zu erheben und zum Zwecke des **Case Management im Rahmen des Vereinsangebotes zu verarbeiten**. Wir weisen Sie zudem darauf hin, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf **freiwilliger Basis** erfolgt. Ferner, dass Sie Ihr Einverständnis **ohne für Sie nachteilige Folgen** verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich € 42,80.—

Stempel:

bar bezahlt

Bitte senden Sie das Formular an folgende Adresse:

Verein ChronischKrank Österreich
Kirchenplatz 3
4470 Enns
kontakt@chronischkrank.at



Laut Statuten kann die Beendigung der Mitgliedschaft im laufenden Jahr bis zum 31. Oktober für das folgende Jahr erfolgen.

Verein ChronischKrank® Österreich IBAN: AT80 3456 0000 0332 4001

BIC: RZOOAT2L157



Kirchenplatz 3, A- 4470 Enns

Tel.: +43 7223 / 82 667

E-Mail: kontakt@chronischkrank.at Web: www.chronischkrank.at

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: (wird von uns ausgefüllt)

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (Name, Anschrift):

Verein ChronischKrank Kirchenplatz 3, A- 4470 Enns

Creditor ID: AT 21 ZZZ 00000006639

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Verein ChronischKrank, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Verein ChronischKrank auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.

Ihr Name:.....

Anschrift:.....

...

IBAN:.....

..

BIC:.....

Mitgliedsbeitrag jährlich **€ 42,80.-**

Spende jährlich

€ _____

Ort, Datum,

Unterschrift:.....