

## MITGLIEDSERKLÄRUNG

Ihr Name: .....

Geb.-Datum: .....

Adresse: .....

PLZ, Ort: .....

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

Ja, ich möchte Informationen über wichtige Themen und die Arbeit von ChronischKrank im E-Mail-Newsletter erhalten  Nein, schicken Sie mir bitte keinen Newsletter

Unterschrift: .....Datum:.....

### Mitglied einer unserer Selbsthilfegruppen?

- SHG Fibromyalgie Österreich
- SHG Lipödem Österreich
- SHG IC Österreich
- SHG Urtikaria

Im Zusammenhang mit Ihrer Vereinsmitgliedschaft verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten (wie etwa Name, Anschrift, Telefon, Geb.-Datum, E-Mail) für die **Mitgliederverwaltung** sowie zum Zwecke des **Case Managements im Rahmen des Vereinsangebotes**. Weiterführende Details zum Thema Datenschutz beim Verein ChronischKrank finden Sie unter:

<https://chronischkrank.at/datenschutz/>

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich € 49,80.—

Stempel:

bar bezahlt

Bitte senden Sie das Formular an folgende Adresse:

Verein ChronischKrank Österreich  
Kirchenplatz 3  
4470 Enns  
[kontakt@chronischkrank.at](mailto:kontakt@chronischkrank.at)



**Die Mitgliedschaft gilt für dieses Kalenderjahr und wird automatisch verlängert.  
Laut Statuten ist eine Beendigung der Mitgliedschaft für das darauffolgende Jahr bis zum 31.  
Oktober möglich.**

Kirchenplatz 3, A- 4470 Enns

Tel.: +43 7223 / 82 667

E-Mail: [kontakt@chronischkrank.at](mailto:kontakt@chronischkrank.at) Web: [www.chronischkrank.at](http://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 **€ 49,80.-**

Spende jährlich € \_\_\_\_\_

**Ort, Datum,  
Unterschrift:**.....