

MITGLIEDSERKLÄRUNG

Ihr Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

PLZ, Ort:

E-Mail: Telefon:

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur unverzüglichen Ausführung des Vertrags und nehme zur Kenntnis, dass ich mein Recht auf Widerruf des Vertrags verliere, sobald die Leistung erbracht wurde.

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
- SHG Skoliose

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 € 53,80.—

Bitte senden Sie das Formular an folgende Adresse:

Verein ChronischKrank Österreich
Kirchenplatz 3
4470 Enns
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 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 **€ 53,80.-**

Spende jährlich € _____

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