



Mitgliedsantrag

Ich möchte Mitglied der Fachgesellschaft für Assistenzpersonal
- Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen e.V. (FA-CED) werden.

Name:

Vorname:

Name/Anschrift Arbeitgeber

Telefon Arbeitgeber

Telefax Arbeitgeber

Privatanschrift

Telefon (privat)

E-Mail (privat)

[Ich bin damit einverstanden, dass diese Mailadresse zur zukünftigen Kontaktaufnahme genutzt werden darf!](#) JA Nein

Beruf

Mitgliedsbeitrag: 20€/Jahr

Lastschriftzugsverfahren (Der Mitgliedsbeitrag kann ausschließlich per Lastschriftzug bezahlt werden. Der Einzug erfolgt im März)

Kontoinhaber

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

Hiermit erkenne ich die Satzung und die Beitragsbedingungen an. Ich bin damit einverstanden, dass meine im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Daten im FA-CED Mitgliederverzeichnis gespeichert werden. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden nach Ausscheiden aus dem Verein unverzüglich und komplett gelöscht. Die Bestimmungen der Datenschutz- Grund Verordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten, insbesondere erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese. Sie können unsere vollständige Datenschutzerklärung jederzeit auf unserer Homepage www.fa-ced.de einsehen!

Datum

Unterschrift

Den ausgefüllten Antrag bitte an folgende Mail Adresse senden:
mitglied@fa-ced.de

hat gelöscht:

hat gelöscht: