



# Selbsthilfegruppen der Kehlkopferierten im Landesverband Niedersachsen/Bremen e. V.

Mitglied im Bundesverband der Kehlkopferierten e. V.

Gemeinnütziger Verein

Mitgliedsnummer:

Eingang:

## - Aufnahmeantrag -

(bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich ab dem \_\_\_\_\_ die Aufnahme in den

**Landesverband der Kehlkopferierten Niedersachsen/Bremen e.V., 31848 Bad Münder, Deisterallee 40**

für die SHG \_\_\_\_\_

als kehlkopferiertes Mitglied       als förderndes Mitglied       als (Ehe) Partner

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Plz \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Operationsort und Klinik\* \_\_\_\_\_

\*Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen und den Beruf betreffenden Fragen ist freiwillig

Operationsdatum \_\_\_\_\_ Operations- und Behandlungsmethode

Totalentfernung     Teilentfernung     Laserbehandlung     Bestrahlung     Chemotherapie

Ersatzstimme

Oesophagus     Stimmprothese     elektr. Sprechhilfe     Pseudoflüstern     keine Ersatzstimme

Beruf ausgeübt\* \_\_\_\_\_ Beruf jetzt\* \_\_\_\_\_

Der Mindestbetrag beträgt monatlich 2,50 €     halbjährlich 15.- €     jährlich 30.- €

Der Betrag wird überwiesen (siehe Bank in der Fußzeile, im Verwendungszweck bitte Namen und Beitrag angeben)

Der Betrag soll von meinem Konto abgebucht werden **Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
(Weist mein Konto bei einer Abbuchung die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens der Bank keine Pflicht zur Einlösung)

Bankverbindung des Antragstellers

Bankinstitut \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

**Bankverbindung: Postbank Hannover, IBAN: DE57 2501 0030 0009 8273 05**

**Bitte beachten: Mit Unterzeichnung des Aufnahmeantrages erklären Sie sich mit den umseitigen Datenschutzerklärungen einverstanden.**

## **Einverständniserklärung zur zweckgebundenen Datenspeicherung, Datennutzung und Datenveröffentlichung einschließlich für das persönliche Bild (Foto) und Videoaufzeichnungen**

Im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft und einer möglichen ehrenamtlichen Tätigkeit (Funktion) im Bundesverband der Kehlkopferoperierten e. V. und/oder seiner Unterorganisationen (Landesverband, Sektion, Bezirksverein, Ortsverein, Selbsthilfegruppe) werden Ihre persönlichen Daten erhoben, verarbeitet, verwendet und im notwendigen Umfang veröffentlicht.

Auf Grund der Novelle des Datenschutzgesetzes sind wir verpflichtet, Ihre Einverständniserklärung einzuholen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten vertraulich behandelt und ausschließlich im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft an Dritte weitergegeben und nur dafür verwendet werden. Ihre Angaben werden vor dem Zugriff Dritter nach Maßgabe des Bundesdatenschutzgesetzes angemessen geschützt.

Der Vereinsvorstand weist hiermit darauf hin, dass ausreichende technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes getroffen wurden. Dennoch kann bei einer Veröffentlichung von personenbezogenen Mitgliederdaten im Internet ein umfassender Datenschutz nicht garantiert werden. Daher nimmt das Vereinsmitglied die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsrechtsverletzung zur Kenntnis und ist sich bewusst, dass die personenbezogenen Daten auch in Staaten abrufbar sind, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen, die Vertraulichkeit, die Integrität (Unverletzlichkeit), die Authentizität (Echtheit) und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nicht garantiert ist. Ich willige im Rahmen meiner Mitgliedschaft ein, dass die von mir angegebenen Daten gemäß der Vorderseite dieses Aufnahmeantrages, erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit dies für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und der Verfolgung der Vereinsziele erforderlich ist.

In diesem Rahmen bin ich einverstanden, dass mein persönliches Bild (Foto) und/oder Videoaufnahmen genutzt, gespeichert und bei Bedarf veröffentlicht wird.

Ja

Nein

Die Übermittlung meiner Daten für diesen Zweck erfolgt auf freiwilliger Basis. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, berichtigen und die Löschung meiner Daten verlangen kann.

Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen möchte, wende ich mich an den für mich verantwortlichen Landesverband:

H. Schüring, Hedwigstr. 8, 48488 Emsbüren, E-Mail: [helmut-schuering@outlook.com](mailto:helmut-schuering@outlook.com)

Wir verarbeiten und speichern die Daten nur für den Zeitraum, der zur Erreichung des Speicherzwecks erforderlich ist oder sofern dies durch den Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber oder einen anderen Gesetzgeber oder Vorschriften, welche der für die Verarbeitung Verantwortliche unterliegen, vorgesehen wurden.

Entfällt der Speicherungszweck oder läuft eine vom Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber oder einem anderen zuständigen Gesetzgeber vorgeschriebene Sperrfrist ab, werden die personenbezogenen Daten routinemäßig und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften gesperrt oder gelöscht.