

## Beitrittserklärung

zum Erwerb einer Mitgliedschaft im Medical Data Donors e.V.

### Medical Data Donors e.V.

Mitgliederverwaltung

Martenstr. 3

91058 Erlangen

Tel. +49-9131-85-27775

Fax +49-9131-85-27270

[www.medicaldatadonors.org](http://www.medicaldatadonors.org)

\_\_\_\_\_  
Institution und Rechtsform

\_\_\_\_\_  
Antragsteller/in (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

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

### Ansprechpartner/in für inhaltliche Informationen

identisch mit Antragsteller/-in

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

\_\_\_\_\_  
Abteilung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

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

### Rechnungsempfänger/in

identisch mit Antragsteller/-in

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

\_\_\_\_\_  
Abteilung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

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

## Mitgliedsform

Student

KMU/Lehrstuhl

Mitglied

Firma/Uni

Zu zahlende Jahresbeiträge sind der beigelegten Beitragsordnung des Medical Data Donors e.V. zu entnehmen.

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Medical Data Donors e.V., **widerruflich** fällige Rechnungsbeträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Bei nicht ausreichender Deckung besteht keine Verpflichtung seitens der Bank die Lastschrift einlösen.

---

Name und Sitz des Geldinstituts

---

IBAN

---

Kontoinhaber/in

---

Datum, Unterschrift

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Medical Data Donor e. V. Die Satzung und die Beitragsmodalitäten sind mir/uns bekannt. Ich/Wir bin/sind bereit, die Bestrebungen des Vereins zu fördern und verpflichte/n mich/uns einen festen Jahresbeitrag zu zahlen. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die mit dieser Beitrittserklärung erhobenen Daten durch den Medical Data Donors Verein für die Zwecke der Mitgliederverwaltung nach Maßgabe der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Institution (mit ihrem Namen und einer Verlinkung auf ihren Internetauftritt) nach der Aufnahme als Mitglied auf der Webseite [www.medicaldatadonors.org](http://www.medicaldatadonors.org) erwähnt wird. So können Informationen aus dem Vereinsleben einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Diese Einwilligung ist keine Voraussetzung für eine Mitgliedschaft im Medical Data Donors e.V. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass hieraus Nachteile entstehen.

---

Ort, Datum

---

Rechtsverbindliche Unterschrift