

Sie haben die Möglichkeit dieses Formular am Bildschirm auszufüllen. Bitte anschließend ausdrucken, unterschreiben und an untenstehende Adresse senden.

Anmeldung zur Mitgliedschaft

AdP e.V. - Bundesgeschäftsstelle
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn



Eintritt als Mitglied ab

Mitglieds-Nr.

(wird von der BGS ausgefüllt)

als Betroffener als nächste/r Angehörige/r als Minderjährige/r als förderndes Mitglied

Ich bin bereit, beim Arbeitskreis der Pankreatektomierten ehrenamtlich mitzuwirken: ja nein

Name

Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon

Beruf

(falls Rentner, bitte auch vorherigen Beruf, freiwillige Angabe)

Geburtsdatum

gewünschte Regionalgruppe _____

E-Mail

Minderjährige/r

Geb.-Datum

Erklärung zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages

Die Mitgliedschaft schließt das AdP-Handbuch (Loseblattsammlung) ein. Der Regelbeitrag beträgt 5,-- EUR pro Monat. Der Beitrag kann bei finanziellen Problemen teilweise oder ganz erlassen werden (Begründung bitte mitteilen).
Kündigungsfrist: 3 Monate vor Jahresende

Ich möchte meinen Beitrag auf EUR monatlich erhöhen.

Ich möchte den Beitrag überweisen. jährl. ½ jährl. ¼ jährl.

Ich bitte um Zusendung eines Überweisungsvordrucks.

Ich bitte den Beitrag von meinem Konto abzurufen.

SEPA-Lastschrift-Mandat

Arbeitskreis der Pankreatektomierten (AdP) e.V., Bonn · Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 18 ZZZ 000 000 216 64

Mandatsreferenz = zukünftige Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den AdP e.V., Zahlungen für meine Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AdP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC |

IBAN D E | | | |

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls nicht mit Mitglied identisch

Datum / Unterschrift des Mitgliedes*

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Mitglied)*

Angaben zur Person (für statistische Zwecke / freiwillige Angaben)

Angaben zur Erkrankung:

Bauchspeicheldrüsenoperation ja nein geplant

Operationsjahr _____ Operationsort / Krankenhaus _____

Operationsart:

Whipple Magenausgang erhaltend: ja nein Zwölffingerdarmerhaltend: ja nein

Linksresektion Teilresektion totale Resektion seltener Tumor

Name des Tumors: _____

Bauchspeicheldrüsenerkrankung:

Bauchspeicheldrüsentumor bösartig gutartig NET Zyste Divisum

Bauchspeicheldrüsenentzündung akut chronisch

Bitte Rückseite beachten

* Pflichtangaben

Sonstige:

Diabetes mellitus ja nein **Typ** 1 2 pankreopriver

Andere Folgeerkrankungen:

Wodurch wurden Sie auf den AdP aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Speicherung meiner angegebenen Daten in der Bundesgeschäftsstelle einverstanden.

Wir speichern und verarbeiten nur im Rahmen der Mitgliedschaft die für unsere Mitgliederverwaltung erforderlichen personen- und gesundheitsbezogenen Daten sowie die Zahlungsmodalitäten entsprechend (DSGVO). Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden alle Daten gelöscht.

Ich widerspreche der Weitergabe

- meiner Anschrift
- meiner Angaben zur Erkrankung die verantwortlichen Regionalgruppenleitung der für mich zuständigen Region.

Ihre Anschrift sowie ggf. Angaben zur Erkrankung erhalten – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – lediglich die verantwortlichen (und zur Vertraulichkeit verpflichteten) Mitarbeiter der zugeordneten AdP-Region. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, Sie zu Veranstaltungen einzuladen.

Ort, Datum*

Unterschrift*

Anlage zum Mitgliedantrag des AdP e.V.:
Schriftliche Einwilligung gem. Art. 4,6,9 DSGVO

Ich bin damit einverstanden, dass der Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V. die im Mitgliedsantrag angegebenen personenbezogenen Daten, erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies in direkten oder indirekten Zusammenhang mit meiner Mitgliedschaft steht.

Ort, Datum*

Unterschrift*

Ich bin ebenso damit einverstanden, dass der Arbeitskreis der Pankreatektomierten e.V. die im Mitgliedsantrag angegebenen sensiblen personenbezogenen Daten (Angaben zur Erkrankung) erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies in direkten oder indirekten Zusammenhang mit meiner Mitgliedschaft steht.

Ort, Datum*

Unterschrift*

Mir ist bekannt, dass die vorstehende(n) Einwilligungserklärung(en) freiwillig erfolgen und sie insbesondere keine Voraussetzung für den Abschluss des Vertragsverhältnisses ist/sind.

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem AdP e.V. umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem AdP e.V. die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Falls Sie von ihrem Widerspruchs- bzw. Widerrufsrecht Gebrauch machen, bleibt die gesetzliche Zulässigkeit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten und sensiblen personenbezogenen Daten, die zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, hiervon unberührt.

Vorstehende Belehrung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum*

Unterschrift*