

Magdeburger Krebsliga e.V. - Universitätsfrauenklinik  
Gerhart-Hauptmann-Straße 35 - 39108 Magdeburg  
Tel.: (0391) 6717394 oder (0391) 6717543 Fax: (0391) 6717504  
Mail: magdeburger-krebsliga@med.ovgu.de Homepage: www.magdeburger-krebsliga.de

Mitgliedsnummer:   
(wird vom Verein eingetragen)

## MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim Verein der Magdeburger Krebsliga e. V. und verpflichte mich, die Satzung einzuhalten und meinen Beitrag pünktlich zu entrichten.

Bitte in Druckschrift ausfüllen und zutreffendes ankreuzen.

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ:
Geburtsdatum:	Ort:
Telefon:	E-Mail:

### Der Jahresbeitrag liegt bei 35,00 €

Dieser ist jeweils bis zum 31. März des laufenden Kalenderjahres auf folgendes Bankkonto zu entrichten:

Bank für Sozialwirtschaft Magdeburg

IBAN: DE59 8102 0500 0007 4376 00 BIC: BFSWDE33MAG

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir auf der Homepage des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print und andere Medien übermittelt. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Personenbezogene Daten dürfen nur so lange gespeichert werden, wie dies der Vereinszweck (§ 4 der Satzung) erfordert. Nach Ausfall der Zweckbestimmung (z. B. Austritt, Ausschluss oder Tod eines Mitglieds) sind die Daten unverzüglich zu löschen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller\*in

**Bitte reichen Sie Ihren Mitgliedsantrag im Original ein. Zusendungen per Fax oder E-Mail sind aus rechtlichen Gründen nicht zulässig.**

Vorsitzender:  
Stellv. Vorsitzende: **Dr. med. Beate Blümel**  
Schatzmeisterin: **Kornelia Wichmann**  
Schriftführerin: **Katja Trautwig**

Geschäftsführung:  
Steuernummer: **102/142/00177**

Bankverbindung: **SozialBank**  
IBAN: **DE92 3702 0500 0007 4376 00** BIC: **BFSWDE33XXX**

Wir sind Mitglied im: