

## Beitrittserklärung

Ich werde Fördermitglied im Förderverein des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin e. V. . Dafür leiste ich:

- den Mindestbeitrag von 12 Euro / Jahr.
- einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro / Jahr.

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Förderverein des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin e. V.

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-ID: DE64ZZZ00002071804

Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

**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.

- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag eigenständig jährlich auf das folgende Konto:  
Förderverein IZP e. V.  
IBAN: DE25 3005 0110 1007 8414 04  
BIC: DUSSEDDXXX  
Verwendungszweck: Name und Adresse

---

Name, Vorname

---

Geboren am TT.MM.JJJJ

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon, Fax

---

E-Mail

---

Geldinstitut

---

IBAN

---

BIC

---

Datum, Unterschrift



**Förderverein des  
Interdisziplinären Zentrums  
für Palliativmedizin e. V.**

Förderverein des IZP e. V.  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Geb.: 13.52.-1.50  
Moorenstr. 5  
40225 Düsseldorf

## **Einwilligungserklärung**

**gemäß Art. 4 Nr. 11, Art. 6 Abs. 1 a),  
Art. 7 DSGVO**

Ich willige hiermit gemäß Art. 4 Nr. 11, Art. 6 Abs. 1 a), Art. 7 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) in die Verarbeitung (Erhebung, Speicherung und Nutzung) meiner folgenden personenbezogenen Daten durch den Förderverein des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin e. V. , Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf ein: Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, Email-Adresse, Kontodaten.

Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt zum Zweck der Mitgliederverwaltung des Fördervereins des IZP e. V. , insbesondere zur Identifikation des Mitglieds, zu dessen Kontaktaufnahme und Information, zum Zahlungseinzug des Mitgliedsbeitrages, sofern

ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wurde sowie zur buchhalterischen Erfassung der vom jeweiligen Mitglied erhaltenen Zuwendungen.

Hinweis: Ich habe das Recht jederzeit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung gegenüber dem Förderverein des IZP e. V. für die Zukunft durch schriftliche Erklärung per Brief, Email oder Telefax zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

---

Name, Vorname

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Datum, Unterschrift