



## - Aufnahmeantrag -

( bitte deutlich in Druckschrift schreiben, zutreffendes ankreuzen )

Hiermit beantrage ich ab .....die Aufnahme in den / die

**Bezirksverein:** Heidelberg-Mannheim e.V.      **Sektion:** Mosbach SH-Gruppe.....

**PLZ:**...68309.....**Ort:**...Mannheim .....**Straße:**...Frankenberger Weg 1.....

**Tel:**... 0621 – 706961.....**e-mail:**...strauss2702@arcor.de.....

als kehlkopfoperiertes Mitglied

als Ehepartner / in oder Partner / in  
 als förderndes Mitglied

**Name:**.....

**Name:**.....

**Vorname:**.....

**Vorname:**.....

**PLZ:**.....**Wohnort:**.....

**PLZ:**.....**Wohnort:**.....

**Straße:**.....

**Straße:**.....

**Telefon:**.....

**Telefon:**.....

\* **E-Mail:** .....

\* **E-Mail:** .....

\***Geburtsdatum:**.....

\***Geburtsdatum:**.....

\***Ort der Operation und Klinik:**.....

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

**Operationsdatum:**.....**Operations- und Behandlungsmethoden** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Totalentfernung     Teilentfernung     Laserbehandlung     Bestrahlung     Chemotherapie

\* Beruf ausgeübt: .....    \* Beruf jetzt: .....

\***Ersatzstimme:** ( zutreffendes bitte ankreuzen )

Oesophagusstimme  , Stimmprothese  , elektronische Sprachhilfe  , Pseudoflüstern  , keine Ersatzstimme

**Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben.**

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Als Vereinsmitglied habe ich das Recht auf:

- Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten,
- Berichtigung der Daten, sofern diese unrichtig sind,
- Sperrung der Daten, wenn deren Richtigkeit nicht feststeht,
- Löschung der Daten, wenn die Speicherung unzulässig war oder wird z.B. bei Austritt aus dem Verein (Recht auf Vergessenwerden)
- Bereitstellung dieser Daten in einem gängigen Format (Recht auf Datenübertragung) Art. 20 DS-GVO

**Bitte wenden!**



**Bezirksverein DER KEHLKOPFLOSEN UND KEHLKOPFOPERIERTEN**  
**Heidelberg-Mannheim e.V.**

Hilfe seit 1965  
*Gemeinnütziger Verein*

Der Jahresbeitrag beträgt: für kehlkopfoperiertes Mitglied           EUR 18,00  
  für Ehe- / Lebenspartner, sonstige           EUR 13,00  
  für Fördermitglieder                     EUR 20,00

Der Beitrag wird von mir überwiesen   

Der Beitrag soll von meinem Konto abgebucht werden    (Einzugermächtigung liegt bei )

.....  
\_\_\_\_\_ ( Datum )

.....  
\_\_\_\_\_ ( Unterschrift )



## Einzugsermächtigung für ein SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Zahlungsempfängers:**

Bezirksverein der Kehlkopfloren und Kehlkopfooperierten Heidelberg-Mannheim e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**

Frankenberger Weg 1      68309 Mannheim

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE92ZZZ00000738132

**Mandatsreferenznummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)**

| \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir / uns zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Vertrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:**

wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22Stellen):**

| \_\_\_\_\_

**BIC des Zahlungspflichtigen (8 oder 11 Stellen):**

| \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Der Bezirksverein der Kehlkopfloren und Kehlkopfooperierten Heidelberg-Mannheim e.V. setzt Sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung die Angaben der Mitglieder unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert werden.