



**EAT TO FIGHT
YOUR DISEASE**

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Eat To Fight Your Disease e.V. zum __/__/__

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Email

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für deine Mitgliedschaft (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger- Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (wird durch Eat To Fight Your Disease vergeben): _____

Zahlungsempfänger: Eat to fight your disease e.V. - IBAN: DE05 4036 1906 4140 2209 00 BIC: GENODEM11BB

Ich ermächtige ETFYD e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ETFYD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Name Kontoinhaber

Name Kreditinstitut

IBAN

BIC

Beitrag: 20,00 € (jährlich)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Eat To Fight Your Disease e.V.
zu Hd. Constantin Thieme - Togostraße 6 - 13351 Berlin
IBAN: DE05 4036 1906 4140 2209 00 - BIC: GENODEM11BB
www.etfyd.eu - thieme@etfyd.eu



EAT TO FIGHT YOUR DISEASE

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die im Mitgliedsantrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die zum Zwecke der Durchführung der Vereinsarbeit notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Darüber hinaus willige ich ein, dass mir Eat to fight your disease e.V. Informationen zur laufenden Vereinsarbeit zukommen lässt und meinen Namen und meine Mailadresse zum Austausch und zur Planung gemeinsamer Aktivitäten an andere Mitglieder weitergibt. Zur Erleichterung der Vereinsorganisation bin ich damit einverstanden, dass meine Daten auf externen Servern gespeichert werden, die sich teilweise auch außerhalb der europäischen Union befinden

Ort, Datum

Unterschrift

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

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Eat to fight your disease e.V. um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber Eat to fight your disease 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 oder per E-Mail an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Einverständnis für Bild und Tonaufnahmen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir im Rahmen der Vereinsarbeit gemachten Bild, Ton und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen auf Webseiten und in anderen Publikationen von Eat to fight your disease e.V. unentgeltlich genutzt werden können. Eat to fight your disease e.V. ist damit zu einer zeitlich und örtlich uneingeschränkten und unbegrenzten Nutzung, Speicherung und Verwendung der Bilder berechtigt.

Ort, Datum

Unterschrift