

## Beitrittserklärung/Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e. V. DEBRA Deutschland (im Folgenden IEB e. V.).

- Ich bin selbst von Epidermolysis bullosa (EB) betroffen.  
 Ich bin Familienangehörige/r einer/s EB-Betroffenen.  
 Ich möchte Förderer der IEB e. V. werden.

<b>Name:</b>	<b>Name Partner/in:</b>
<b>Vorname:</b>	<b>Vorname Partner/in:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsdatum Partner/in:</b>
<b>Straße / Hausnummer:</b>	<b>PLZ / Ort:</b>
<b>Festnetz-Telefon:</b>	<b>Bundesland:</b>
<b>Mobil-Telefon:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Beruf:</b>	
<b>EB-Form:</b> <input type="checkbox"/> EB simplex <input type="checkbox"/> Junktionale EB <input type="checkbox"/> Dystrophe EB <input type="checkbox"/> Kindler Syndrom	
<b>Unterform:</b>	
<b>Namen der Kinder (bitte mit Geburtsdatum):</b>	
<b>Wer ist betroffen:</b>	

**Wir beantragen die Familienmitgliedschaft.**

(Mindestens 40,00 Euro zzgl. 15,00 Euro für jede weitere volljährige Person.)

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zahlungsempfänger

IEB e. V. DEBRA Deutschland
Schulstraße 23
35216 Biedenkopf

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE04 ZZZ 00000 389643
-----------------------

Mandatsreferenz

--

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) die IEB e.V. DEBRA Deutschland, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	IEB e. V. DEBRA Deutschland
------------------------------	-----------------------------

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:
Straße / Hausnummer:
PLZ / Ort:

Name der Bank:
----------------

<b>IBAN:</b>	D E
--------------	-----

<b>BIC:</b>	
-------------	--

<b>Betrag:</b>		,		€	(Mindestens Mitgliedsbeitrag 40,00 Euro)
----------------	--	---	--	---	--

Ort, Datum:	Unterschrift des Kontoinhabers:
-------------	---------------------------------

**Hinweis:** Der Einzug des Mitgliedsbeitrags erfolgt jährlich zum 15. Februar. Spenden können steuerlich berücksichtigt werden. Spendenquittungen werden ab 200,00 Euro ausgestellt.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e. V. DEBRA Deutschland und erkläre mich bereit, den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von mindestens 40,00 Euro zu zahlen. Für alle Fragen zur Vereinsmitgliedschaft und zum Datenschutz steht mir die Bundesgeschäftsstelle der IEB e. V., Schulstraße 23, 35216 Biedenkopf, Telefon: +49 (0) 6461 9260887, E-Mail: [ieb@ieb-debra.de](mailto:ieb@ieb-debra.de) zur Verfügung. Die Mitgliedschaft läuft unbefristet und kann zu jeder Zeit gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

**Ausschlussklausel für Vorstandskandidaten:** Mitglieder, die in der Pharmaindustrie oder in Firmen bzw. Organisationen arbeiten, die sich auf Wundversorgung oder Betreuung von Menschen mit Epidermolysis bullosa (EB) spezialisiert haben, dürfen nicht in den Vorstand gewählt werden. Dies ist notwendig, um Interessenkonflikte zu vermeiden und die Unabhängigkeit sowie Gemeinnützigkeit des Vereins zu bewahren.

<b>Ort, Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>
--------------------	----------------------

## Datenschutzerklärung

### Informationen über die Verwendung personenbezogener Daten

Im Rahmen Ihrer Vereinsmitgliedschaft werden Ihre personenbezogenen Daten und Ihre besonderen personenbezogenen Daten (Gesundheitsdaten, sprich EB-Form) und/oder die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten Ihres/r Angehörigen auf vertraglicher Grundlage (Mitgliedschaft) innerhalb des Vereins elektronisch und manuell verarbeitet. Diese sind Vorname, Nachname, Vor- und Nachname des/r Angehörigen, Geburtsdaten, Geschlecht, Adresse, PLZ, Ort, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Eintrittsdatum, EB-Form, Beruf, Kontonummer.

Die Zwecke der Verarbeitung sind organisatorische und fachliche Administration, finanzielle Abwicklung, Mitgliederverwaltung, Zusendung von Vereinsinformationen, Informationen zu Veranstaltungen.

Personenbezogene Daten finden vom Verein nur für die dargelegten Zwecke Verwendung. Bei Vereinsaustritt werden alle Daten – sofern kein Rückstand an Zahlungen seitens des Mitglieds besteht, die personenbezogenen Daten auch nicht zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen des Vereins benötigt werden – nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht bzw. vernichtet.

Folgende Rechte stehen Ihnen zu:

- Das Recht zu überprüfen, ob und welche personenbezogenen Daten der Verein Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e. V. über Sie gespeichert hat und Kopien dieser Daten zu verlangen.
- Die Berechtigung, Ergänzung oder das Löschen Ihrer personenbezogenen Daten, die falsch sind oder nicht rechtskonform verarbeitet werden, zu verlangen.
- Von der Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e. V. zu verlangen, die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzuschränken und
- unter bestimmten Umständen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.
- Datenübertragung zu verlangen.

# Einwilligungserklärung

## 1. Verarbeitung und Weitergabe von personenbezogenen Daten

In Ihrer Beitrittserklärung haben Sie uns neben Ihren personenbezogenen Daten auch die Form sowie die Unterform Ihrer Erkrankung bzw. der Erkrankung Ihres Angehörigen bekanntgegeben.

**Die Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten** (Gesundheitsdaten, sprich EB-Form) erfolgt auf der Grundlage Ihrer ausdrücklichen Einwilligung und **wird nicht an Dritte weitergegeben**.

Ohne Ihre Einwilligung können Sie kein ordentliches Mitglied des Vereins werden.

**Ein Widerruf ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft** per E-Mail an [ieb@ieb-debra.de](mailto:ieb@ieb-debra.de) oder per Brief an den Vereinssitz, Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e. V., Schulstraße 23, 35216 Biedenkopf, möglich.

**Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten (EB-Form) ein.**

JA

## 2. Nutzung von Foto- bzw. Videoaufnahmen

Hiermit willige ich ein, dass während Vereinsveranstaltungen (z. B. Jahrestreffen) angefertigte Foto- bzw. Videoaufnahmen von mir zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins gemacht und zu diesem Zweck verwendet werden dürfen.

**Ein Widerruf ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft** per E-Mail an [ieb@ieb-debra.de](mailto:ieb@ieb-debra.de) oder per Brief an den Vereinssitz, Interessengemeinschaft Epidermolysis Bullosa e. V., Schulstraße 23, 35216 Biedenkopf, möglich.

JA

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------