



## Antrag auf Fördermitgliedschaft / SEPA- Lastschriftmandat

Name, Vorname, Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

**Ich möchte dem Bundesverband der Study Nurses /Studienassistenten in der Klinischen Forschung e.V. mit Sitz in Dortmund als förderndes Mitglied beitreten.**

**Ich unterstütze den Verein mit einem Jahresbeitrag von: (bitte ankreuzen)**

100€ (Mindestbeitrag)

150€

\_\_\_\_\_ (bitte ergänzen)

Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig **10€**

Ich möchte auf der Homepage des BUVEBA e.V. namentlich als Förderer des Vereins genannt werden:

Ja

Nein

Im Monat des Eingangs Ihres Förderbetrages beginnt die Fördermitgliedschaft. Eine gesonderte Bestätigung wird nicht übermittelt.

Als Fördermitglied erhalte ich:

- auf Wunsch eine Jahresspendenbescheinigung,
- eine Einladung zur Teilnahme an der jährlich stattfindenden ordentlichen Mitgliederversammlung
- den Newsletter des Vereins
- eine Nennung als Fördermitglied mit der Präsentation Ihres Logos auf unserer Internetseite



Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des BUVEBA e.V. sowie die Vereinsordnungen an.

[https://buveba.de/wp-content/uploads/2022/03/Satzung BUVEBA V3.0 24Sep2021 final.pdf](https://buveba.de/wp-content/uploads/2022/03/Satzung_BUVEBA_V3.0_24Sep2021_final.pdf)

Die nachfolgenden Informationen zum Datenschutz (Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung) habe ich gelesen und willige in die Verwendung meiner Daten ein.

#### Informationen zum Datenschutz

BUVEBA e.V. speichert, übermittelt und verarbeitet personenbezogene Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein sowie für alle in der Satzung genannten Zwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Eine Datenübermittlung an Dritte findet nur mit gesonderter Einwilligung des Fördermitglieds statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt.

Bei Beendigung der Fördermitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht wegen gesetzlicher Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG n.F. / DSAnpUG-EU) das Recht auf Auskunft über die Daten, die zu seiner Person beim BUVEBA e.V. gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied bei fehlerhaften Daten ein Korrekturrecht.

Diese Erklärung kann jederzeit per E-Mail an [info@buveba.de](mailto:info@buveba.de) widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Weitere Hinweise zum Datenschutz unter [www.buveba.de](http://www.buveba.de)

|            |              |
|------------|--------------|
|            |              |
| Ort, Datum | Unterschrift |



## SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat

BUVEBA e.V., Fasanenstr. 2b, 82008 Unterhaching

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE21ZZZ00000191069**

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): Wird auf dem Abbuchungsbeleg mitgeteilt

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband der Study Nurses /Studienassistenten in der Klinischen Forschung e.V. widerruflich, den von mir zu errichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zulasten meines Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BUVEBA e.V. auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich bin berechtigt, innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers:

Name des Kreditinstituts:

BIC:

IBAN:

|            |              |
|------------|--------------|
|            |              |
| Ort, Datum | Unterschrift |

**Das SEPA-Lastschriftverfahren ist kostenfrei. Für Überweisung nach Rechnung ist zusätzlich eine Bearbeitungsgebühr von 3,00€ zu entrichten.**

|   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Ich nehme <b>nicht</b> am SEPA-Lastschriftverfahren teil, sondern möchte per gebührenpflichtiger Rechnung bezahlen |              |
|   |              |
| Ort, Datum  | Unterschrift |

