



ARVC-Selbsthilfe e.V.  
 Fastlingerring 113  
 85716 Unterschleißheim  
 Deutschland

Vereinssitz: München VR 207841  
 Mobil: +49 163 1847521  
 E-Mail: [info@arvc-selbsthilfe.org](mailto:info@arvc-selbsthilfe.org)  
 Website: [www.arvc-selbsthilfe.org](http://www.arvc-selbsthilfe.org)

## Antrag auf Mitgliedschaft (mit Einwilligungserklärung zur Nutzung von Daten)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein „ARVC-Selbsthilfe e.V.“ Ich habe die neueste Fassung der Vereinssatzung erhalten und erkenne diese an.

<b>Name, Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Straße und Hausnummer</b>		
<b>PLZ und Wohnort</b>		
<b>E-Mailadresse</b>		
<b>Telefonnummer</b>		
<b>Freiwillige Angaben zur Erkrankung (Mehrfachantworten sind möglich):</b>		
Persönlicher Bezug zu ARVC	<input type="checkbox"/> Patient/in mit Symptomen <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Mutationsträger/in ohne Symptome <input type="checkbox"/> Mediziner/in <input type="checkbox"/> Sonstiger	
Defiträger/in	<input type="checkbox"/> Ja      Wenn ja: <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> S-ICD <input type="checkbox"/> LifeVest <input type="checkbox"/> Nein	
Nachgewiesene Mutation	<input type="checkbox"/> Ja      Wenn ja: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PKP2 <input type="checkbox"/> DSP <input type="checkbox"/> DSG2 <input type="checkbox"/> DSC2 <input type="checkbox"/> JUP <input type="checkbox"/> TMEM43 <input type="checkbox"/> Andere Mutation: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Ärztliche Betreuung in/bei		

**Ich stimme zu**, dass meine oben aufgeführten **Daten** durch den **ARVC-Selbsthilfe e.V.** gespeichert werden dürfen.

**Zusätzlich** sollen meine Daten für folgende Zwecke genutzt werden *(bitte nur ankreuzen, wenn erwünscht)*:

- Aufnahme in den Rundmail-Verteiler des Vereins:** Versand (per Post oder per E-Mail) interessanter und relevanter Informationen aus der Arbeit des Vereins und der Selbsthilfegruppe, sowie Einladungen zu Veranstaltungen und Mitgliederversammlungen.
- Austausch und Erfahrungsweitergabe unter ARVC-Betroffenen:** Bei Anfrage einer/s Betroffenen darf der Verein meine Kontaktdaten an diese(n) weiterleiten, um uns einen Erfahrungsaustausch zum Umgang mit der Krankheit zu ermöglichen.

**Rechte der/des Betroffenen:** Es gelten alle Rechte entsprechend der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), u.a. ein **umfassendes Auskunftsrecht** über die Datenspeicherung gemäß Art. 15 DSGVO und ein **Recht auf Löschung** der personenbezogenen Daten gemäß Art. 17 DSGVO.

**Verschwiegenheitserklärung:** Der **ARVC Selbsthilfe e.V.** verpflichtet sich dazu, alle personenbezogenen Daten, beispielsweise auch in Bezug auf den Gesundheitszustand der Betroffenen, vertraulich zu behandeln und hierüber gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren. Nur eine ausdrückliche Einwilligung mit Bezug auf die Daten, kann einen Umgang mit diesen ermöglichen. Diese Verpflichtung bleibt auch nach dem Austritt eines Mitglieds aus dem o.g. Verein oder nach Widerruf der Datennutzung in Bezug auf die Vereinsarbeit bestehen.

**Ort, Datum**

**Unterschrift**



ARVC-Selbsthilfe e.V.  
Fastlingerring 113  
85716 Unterschleißheim  
Deutschland

Vereinssitz: München VR 207841  
Mobil: +49 163 1847521  
E-Mail: [info@arvc-selbsthilfe.org](mailto:info@arvc-selbsthilfe.org)  
Website: [www.arvc-selbsthilfe.org](http://www.arvc-selbsthilfe.org)

## SEPA-Lastschriftmandat / Mitgliedsbeitrag

(Hinweis: bei Ehepaaren/Lebenspartnerschaften ist nur 1 Mandat notwendig)

Ich habe die neueste Fassung der Beitragsordnung des ARVC-Selbsthilfe e.V. erhalten und erkenne diese an.

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

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.

Die Einzugsermächtigung kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden. Bei fehlender Deckung des Kontos besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Entstehende Gebühren gehen zu meinen Lasten.

<b>Kontoinhaber(in)</b> (Name, Vorname)	<input type="text"/>
<b>Straße und Hausnummer</b>	<input type="text"/>
<b>PLZ und Wohnort</b>	<input type="text"/>
<b>Kreditinstitut</b>	<input type="text"/>
<b>IBAN</b>	<input type="text"/>
<b>BIC (falls EU-Ausland)</b>	<input type="text"/>

Der fällige **Mitgliedsbeitrag** soll in den kommenden Jahren jährlich am 31.01. eingezogen werden, für das aktuelle Jahr kann er sofort eingezogen werden, und zwar

für mich als Einzelperson oder

für mich und meine Partnerin/meinen Partner

### Zusätzliche Spenden

Neben dem jährlichen Mitgliedsbeitrag spende ich zusätzlich

- **jährlich** einen Betrag von  €. Die jährliche Spende soll gemeinsam mit dem Mitgliedsbeitrag jährlich am 31.01. eingezogen werden.
- **einmalig** einen Betrag von  €, der sofort eingezogen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift