



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

Vereinssitz: München VR 207841
Mobil: +49 163 1847521
E-Mail: info@arvc-selbsthilfe.org
Website: www.arvc-selbsthilfe.org

Antrag auf Mitgliedschaft (mit Einwilligungserklärung zur Nutzung von Daten)

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

Name, Vorname Person (1)		
Name, Vorname Person (2), falls Partner/in ebenfalls Mitglied wird		
Geburtsdatum (1) und (2)		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Wohnort		
E-Mailadresse Person (1)		
E-Mailadresse Person (2), falls diese ebenfalls Mitglied wird		
Telefonnummer (1) und (2)		
Freiwillige Angaben (Mehrfachantworten sind möglich):		
Persönlicher Bezug zu ARVC	Person (1) <input type="checkbox"/> Patient/in mit Symptomen <input type="checkbox"/> Genträger/in ohne Symptome <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Sonstiger <input type="text"/>	Person (2) <input type="checkbox"/> Patient/in mit Symptomen <input type="checkbox"/> Genträger/in ohne Symptome <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Sonstiger <input type="text"/>
Patient: Device/Defi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja: <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> S-ICD <input type="checkbox"/> EV-ICD <input type="checkbox"/> LifeVest <input type="checkbox"/> Eventrecorder	
Nachgewiesene Genvariante <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja: <input type="checkbox"/> PKP2 <input type="checkbox"/> DSP <input type="checkbox"/> DSG2 <input type="checkbox"/> DSC2 <input type="checkbox"/> JUP <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> PLN <input type="checkbox"/> TMEM43 <input type="checkbox"/> FLNC <input type="checkbox"/> LMNA <input type="checkbox"/> Andere Variante/n <input type="text"/>	
Ärztliche Betreuung in/bei		

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

Zusätzlich darf der Verein bei Anfrage einer/s Betroffenen oder Angehörigen zum **Austausch unter ARVC-Betroffenen und Angehörigen** die Kontaktdaten von

Person (1) und/oder von **Person (2):** (bitte nur ankreuzen, wenn erwünscht)

an diese(n) weiterleiten, um einen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen.

Sollten Sie noch nicht in unserem E-Mail-Verteiler angemeldet sein, tragen Sie sich bitte [hier](#) ein.

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(en)



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

Vereinssitz: München VR 207841
Mobil: +49 163 1847521
E-Mail: info@arvc-selbsthilfe.org
Website: 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.

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