

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zu Medchess e.V., Verein zur Förderung von Schach und Kultur in der Medizin

Zuname **Vorname**
PLZ **Wohnort** **Straße/Haus-Nr.**
Geburtsdatum **Geburtsort**
Beruf **Tel.** **E-Mail**

Ich bin damit einverstanden, Vereinspost ausschließlich per E-Mail zu erhalten. **Ja / Nein**
Datum **Unterschrift**

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, bei Fälligkeit den satzungsgemäßen Jahresbeitrag zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

IBAN

Bank

Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend)

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Pflicht zur Einlösung.

Jahresbeiträge ab 2021

Erwachsene 30 €

Familien / Ehepaare 1 Erwachsener zahlt den vollen Beitrag, alle anderen jeweils nur die Hälfte. Publikation von Fotos in der Presse oder im Internet:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Foto veröffentlicht wird: **Ja / Nein**

EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO):

Mit der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Nutzung, Weitergabe der o. g. Daten nur zur den satzungsgemäßen Vereinszwecken bin ich einverstanden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Beitrittserklärung als Fördermitglied

Ich/Wir erkläre(n) hiermit meinen/unseren Beitritt zu Medchess e.V., Verein zur Förderung von Schach und Kultur in der Medizin als nicht stimmberechtigtes Fördermitglied

Als Organisation:

Vertreten durch (Funktion):

oder

als Privatperson:

Zuname **Vorname**

PLZ **Wohnort** **Straße/Haus-Nr.**

Geburtsdatum **Geburtsort**

Beruf **Tel.** **E-Mail**

Ich bin damit einverstanden, Vereinspost ausschließlich per E-Mail zu erhalten. **Ja / Nein**

Datum **Unterschrift**

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, bei Fälligkeit den unten genannten Jahresbeitrag zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen:

IBAN

Bank

Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend)

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Pflicht zur Einlösung.

Jahresbeiträge ab 2021

Ich leiste folgenden Förderbeitrag (mindestens 100 €):

und erhalte pro 100€ einen – nur auf Ärzte übertragbaren -Freiplatz bei den jährlich stattfindenden Deutschen Ärztemeisterschaften und kostenlose Vereinsnachrichten Publikation von Fotos in der Presse oder im Internet:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Foto veröffentlicht wird: **Ja / Nein**

EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO):

Mit der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Nutzung, Weitergabe der o. g. Daten nur zur den satzungsgemäßen Vereinszwecken bin ich einverstanden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.