



# GesundheitsZentrum-Magdeburg e.V.

Bakestraße 3  
39108 Magdeburg  
0391-55839320

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kurs(e): \_\_\_\_\_

## **DATENSCHUTZERKLÄRUNG**

Ich willige ein, dass das GesundheitsZentrum-Magdeburg e.V. als verantwortliche Stelle, die im Mitgliedsantrag erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges, der Übermittlung von Vereinsinformationen und zum Zwecke der Kommunikation verarbeiten und nutzen darf. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nur zur Verwirklichung seines Vereinszweckes, bei berechtigtem Interesse einer Dachorganisation, bei nachweisbarem öffentlichem Interesse statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nur für vereinsinterne Aktionen statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Neben dem Recht auf Auskunft bezüglich der zu seiner Person durch das GZ gespeicherten Daten hat jedes Mitglied im Rahmen der Vorgaben der DSGVO das Recht, der Speicherung der Daten, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für bestimmte Zeiträume vorgehalten werden müssen, für die Zukunft zu widersprechen. Ferner hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Datenverarbeitung ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

GesundheitsZentrum Magdeburg e.V.

Bakestraße 3  
39108 Magdeburg

Gläubiger ID:

DE94 GZ10 0000 4378 81

Mandatsreferenz :

GZ \_\_\_\_\_

Satzung unter:

[www.gesundheitszentrum-md.de](http://www.gesundheitszentrum-md.de)

Ich ermächtige das GesundheitsZentrum-Magdeburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: nach Kursbuchung

### **SEPA-Lastschriftverfahren**

Name: \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_ BIC (BLZ): \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_