



## Mitgliedsantrag

### GesundheitsZentrum-Magdeburg e.V.

Bakestraße 3  
39108 Magdeburg  
0391-55839320

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum GesundheitsZentrum-Magdeburg e.V. (GZ) unter ausdrücklicher Anerkennung der gültigen Vereinssatzung (siehe Homepage). Der Austritt aus dem Verein ist schriftlich oder per E-Mail unter den in der Satzung genannten Bedingungen zu erklären. Änderungen der Mitgliedschaft (z.B. neue Adresse, neue Bankverbindung) sind dem Verein umgehend schriftlich mitzuteilen.

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

Die Kündigung oder Änderung deiner Mitgliedschaft ist schriftlich **zum Monatsende mit einer Frist von 4 Wochen möglich.**

Mandatsreferenz :  
(wird später mitgeteilt)  
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: Wiederkehrende Zahlung (monatlich)

**Beitragsordnung** (bitte ankreuzen):

<b>Monatlicher Mitgliedschaft</b>	<b>Mitgliedschaft Bake</b> (nur 60 min Kurse)	<b>Mitgliedschaft extern</b> (ausgen. Aqua)	<b>Mitgliedschaft Bake Kids</b> (30% Rabatt)
Keine Kursteilnahme/ ruhend	<input type="radio"/> 3,00 €	<input type="radio"/> 3,00 €	<input type="radio"/> 3,00 €
1 Kurs pro Woche	<input type="radio"/> 25,00 €	<input type="radio"/> 9,00 €	<input type="radio"/> 17,50 €
2 Kurse pro Woche	<input type="radio"/> 46,00 €	<input type="radio"/> 16,00 €	<input type="radio"/> 32,20 €
3 und mehr Kurse pro Woche	<input type="radio"/> 67,00 €	<input type="radio"/> 21,00 €	<input type="radio"/> 46,90 €

**Rabatte**

- Ehepaare 10 % auf den Gesamteinzug
- Familien (ab 3 Mitgliedern) 15 % auf den Gesamteinzug

**SEPA-Lastschriftverfahren**

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

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

Bank: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

**Mitgliedschaft ab:** \_\_\_\_\_

**Stempel:** \_\_\_\_\_