

## Beitrittserklärung

**Ja, ich möchte ab dem \_\_\_\_\_ Mitglied im Verein Nationale Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH) e.V. werden.**

Name (natürliche Person bzw. Unternehmen/Verband etc.)		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon	Mobil	E-Mail-Adresse	

**Darum möchte ich im NVKH Mitglied werden:**

**Ich interessiere mich für die Mitarbeit in**

- Handlungsfeld 1: Prävention von Hautkrebs
- Handlungsfeld 2: Versorgung von Menschen mit Hautkrebs
  
- Querschnittsthema 1: Information & Kommunikation
- Querschnittsthema 2: Forschung & Innovation
- Querschnittsthema 3: Struktur & Qualität

**MITGLIEDSBEITRAG:**

Ich erkenne die jeweils geltende Satzung des Vereins einschließlich der ergänzenden Ordnungen an und verpflichte mich, folgenden jährlichen Mitgliedsbeitrag zu bezahlen:

- 20,-- € für natürliche Personen; Erteilung eines Lastschriftmandates  
(bitte beigefügtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)
- 25,-- € für natürliche Personen; Überweisung nach Aufforderung durch den Kassenwart
- 200,-- € für natürliche Personen; einmalig (lebenslange Mitgliedschaft)

100,-- € für juristische Personen oder rechtsfähige Verbände (institutionelle Mitglieder)

Zusätzlich möchte ich spenden: \_\_\_\_\_ €

einmalig     monatlich     vierteljährlich     halbjährlich     jährlich

Die Satzung sowie die ergänzenden Ordnungen können auf [www.nvkh.de](http://www.nvkh.de) eingesehen werden. Mir ist bekannt, dass meine Daten ausschließlich für Vereinszwecke verarbeitet werden. Die Datenschutzhinweise auf <https://nvkh.de/datenschutz/> habe ich gelesen und akzeptiert.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Einwilligung zur Veröffentlichung persönlicher Daten im Intranet (Mitgliederbereich)**

Der Verein bietet seinen Mitgliedern zum Kontakt- und Informationsaustausch die Möglichkeit, im Intranet (Mitgliederbereich) des NVKH e.V. freiwillig Angaben zur eigenen Mitgliedschaft offenzulegen.

Hierfür erkläre ich mich damit einverstanden, dass folgende personen- und berufsbezogene Daten im Intranet publiziert werden (bitte streichen, was nicht veröffentlicht werden soll):

- Name, Vorname
- Titel
- Dienstort und Dienststätte

Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft gegenüber dem NVKH e.V. widerrufen. Der Widerruf lässt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung unberührt.

Weitere Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten finden sich in den Datenschutzhinweisen unter [nvkh.de/datenschutz](http://nvkh.de/datenschutz).

Meine Mitgliedschaft gilt unabhängig von der Erteilung dieser Einwilligung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Erklärung zu Beziehungen zur Pharma- oder Medizinproduktindustrie (§ 5 Satzung)**

Gemäß § 5 der Satzung hat jeder Antragsteller für eine Mitgliedschaft im Verein seinem Aufnahmeantrag eine schriftliche Erklärung beizufügen, ob und inwieweit persönliche, finanzielle, kapitalmäßige, gesellschaftsrechtliche, dienstvertragsrechtliche oder sonstige geschäftliche Beziehungen des Antragstellers oder seiner Vorstände oder Geschäftsführer zu Unternehmen der Pharma- oder Medizinprodukteindustrie bestehen. Zusätzlich hat der

Antragssteller, der eine natürliche Person ist, seinem Aufnahmeantrag eine schriftliche Erklärung beizufügen, ob und inwieweit nahe persönliche Beziehungen zu den Personen der Geschäftsleitung (Geschäftsführer, Vorstände) derartiger Unternehmen der Pharma- oder Medizinproduktindustrie bestehen.

Unterbleibt eine Erklärung, ist der Aufnahmeantrag abzulehnen.

Hiermit wird erklärt,

- dass ich – der Antragssteller – bzw. wir – die Vorstände/Geschäftsführer des Antragsstellers – keine der o.g. Beziehungen unterhalten.
- dass ich – der Antragssteller – bzw. wir – die Vorstände/Geschäftsführer des Antragsstellers – folgende der o.g. Beziehungen unterhalten:

---

Bitte beschreiben Sie die bestehenden Beziehungen nach Art und Umfang

Jede substantielle Änderung der o.g. Beziehungen werde/n ich/wir unverzüglich dem Verein mitteilen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragssteller bzw.  
Mitglieder Vorstand/Geschäftsführung Antragssteller

## SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

Nationale Versorgungskonferenz (NVKH) e.V.  
c/o Elbeklinikum Buxtehude, Krankenhausstr. 1, 21614 Buxtehude  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87 ZZZ0 0002 2594 73

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Nationale Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH) e.V. den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag in Höhe von

- 20,-- € (natürliche Person)  
 100,-- € (juristische Personen oder rechtsfähiger Verband)  
sowie eine Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
 einmalig     monatlich     vierteljährlich     halbjährlich     jährlich

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Nationale Versorgungskonferenz Hautkrebs (NVKH) e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Datenschutz: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine mit diesem SEPA-Lastschriftmandat angegebenen persönlichen Daten zwecks Einzugs meines Mitgliedsbeitrags und etwaigen Spenden verarbeitet werden.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft gegenüber dem NVKH e.V. widerrufen. Der Widerruf lässt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung unberührt.

Weitere Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten finden sich in den Datenschutzhinweisen unter [nvkh.de/datenschutz](http://nvkh.de/datenschutz).

Meine Mitgliedschaft gilt unabhängig von der Erteilung dieser Einwilligung.

\_\_\_\_\_  
Name (natürliche Person bzw. Unternehmen/Verband etc.)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Bankverbindung:**

IBAN:

BIC:

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (falls vom Vereinsmitglied abweichend):

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Kontoinhaber)