

# **Verein zur Förderung der Organspende in Hessen e.V.**

## **Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich ab dem \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied im  
Verein zur Förderung der Organspende in Hessen e.V.

Name:

Vorname:

Geb.- Datum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

## **Einwilligung zur Datenspeicherung**

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, der Verarbeitung und der Weiterleitung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Erreichung der Ziele des Vereins ein. Eine Weitergabe meiner Daten an Personen außerhalb des Vereins und einer Veröffentlichung meiner Mitgliedschaft in Medien bedarf meiner ausdrücklichen Zustimmung.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)