

## Selbsthilfegruppe Schlafapnoe /Chronische Schlafstörungen in Kassel

Ich möchte mir und anderen helfen! Ich möchte die Selbsthilfegruppe unterstützen! Ich möchte Fördermitglied werden!

Durch meine Mitgliedschaft in der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Kassel möchte ich mir kontinuierliche Informationen über das Krankheitsbild der Schlafapnoe und der aktuellsten Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten sichern.

### Beitrittserklärung

Name	
Vorname	
Geburtsdatum *	
Krankenkasse	
Straße	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
Fax / E-Mail	@
* freiwillige Angabe	
Datum / Unterschrift	

### Sepa - Basislastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Selbsthilfegruppe Kassel widerruflich, einen freiwilligen monatlichen Förderbeitrag, in Höhe von € durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Der Betrag wird jährlich im Voraus eingezogen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer  
im SEPA-Lastschriftverfahren lautet  
DE39SHG00000033508

Datum / Unterschrift	
----------------------	--

Für uns ist der Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr wichtig. Alle Daten unserer Mitglieder werden gegenüber Dritten vertraulich behandelt. Alle uns bekannten, personenbezogenen Daten werden analog der neuen gesetzlichen EU-Datenschutzgrundverordnung behandelt und verwaltet.

Es ist bekannt, dass es bei Datenübertragungen im Internet (z.B. bei E-Mails) Sicherheitslücken gibt. Ein vom Gesetzgeber vorgegebener lückenloser Sicherheitsschutz gegenüber Dritten ist leider nicht möglich. Dies ist systemübergreifend weltweit bekannt.