

# Antrag auf Mitgliedschaft zum Verein Chioma Austrian Hospital



## Mitgliederdaten:

Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
<hr/>		
Straße:	PLZ:	Ort:
<hr/>		
Tel.-Nr.:	E-Mail Adresse:	
<hr/>		

**Mitgliedsbeitrag:** Der laufende Mitgliedsbeitrag wird jährlich im Jänner fällig.

Die Mitgliedschaft läuft unbefristet und kann unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen jeweils zum Jahresende schriftlich gekündigt werden.

## Einverständniserklärung Newsletter:

Unser Vereins-Newsletter informiert Sie über das Vereinsgeschehen, Informationen über Veranstaltungen, sowie Nützliches und Wissenswertes zu mit der Vereinstätigkeit im Zusammenhang stehenden Themen. Die Vereinsmitgliedschaft ist nicht an den Bezug des Newsletters gebunden. Der Versand des Newsletters erfolgt auf elektronischem Wege an die bekannt gegebene E-Mail- Adresse. Ein Widerruf kann jederzeit erfolgen.

Ich möchte mit aktuellen Informationen wie oben beschrieben versorgt werden und stimme der Verwendung meines Vor- und Nachnamens und meiner E-Mail-Adresse zu den angeführten Zwecken zu:

JA  NEIN

## Einwilligung in die Anfertigung und Nutzung von Bild-/Foto-/Videoaufnahmen:

Ich erteile meine Zustimmung zur Anfertigung von Bildaufnahmen während Veranstaltungen des Vereins und sonstiger Tätigkeiten, die ich in meiner Eigenschaft als Mitglied des Vereins verrichte. Zudem stimme ich der weiteren Nutzung dieser Bilder zum Zweck der Information der Öffentlichkeit über die Vereinstätigkeit zu. Die angefertigten Bildaufnahmen können vom Verein auf seiner Website, in der Vereinszeitschrift und in lokalen Medien publiziert werden.

Aus dieser Einwilligung leite ich keine Rechte (z.B. Entgelt ab). Ein Widerruf kann jederzeit bei der unten angegebenen Vereinsadresse erfolgen. Im Falle des Widerrufs werden die Aufnahmen archiviert bzw. von der Website entfernt. Es erfolgt keinerlei weitere Verwendung.

JA  NEIN

## Information über die Verwendung personenbezogener Daten/Datenschutzerklärung:

Der Verein **Chioma Austrian Hospital** ist Verantwortlicher für die hier dargelegten Datenverarbeitungstätigkeiten. Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass meine hier angegebenen personenbezogenen Daten auf vertraglicher Grundlage (Mitgliedschaft) innerhalb des Vereins elektronisch und manuell verarbeitet werden. Die Zwecke der Verarbeitung sind: organisatorische und fachliche Administration und finanzielle Abwicklung, Mitgliederverwaltung, Zusendung von Vereinsinformationen, Informationen zu vereinsrelevanten Veranstaltungen, sowie gegebenenfalls die Ablage von Unterlagen, die personenbezogene Daten enthalten können, im Vereinsarchiv.

Personenbezogene Daten finden vom Verein nur für die dargelegten Zwecke Verwendung. Die Daten werden solange wie benötigt oder gesetzlich vorgeschrieben aufbewahrt.

Meine Rechte im Zusammenhang mit datenschutzrechtlichen Vorschriften erstrecken sich auf das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und gegebenenfalls Widerspruch in die Verarbeitung. Des Weiteren habe ich ein Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde - über alle diese Aspekte gibt die Vereinswebsite unter dem Punkt Datenschutz näher Auskunft – [www.spitalprojekt-nigeria.at](http://www.spitalprojekt-nigeria.at).

## Allgemein:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift den Antrag auf Mitgliedschaft beim Verein **Chioma Austrian Hospital**. Meine gegebenen Einverständniserklärungen bezüglich Bild- und Fotorechte bzw Datenweitergabe werden erst mit der Annahme des Mitgliedsantrages gültig. Für alle weiteren Fragen zur Vereinsmitgliedschaft und zum Datenschutz steht mir das Vereinsbüro, A-3500 Krems, Klomserstraße1d, per Mail zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift