

Assoziierte Klinik der Deutschen Leberstiftung
Rückmeldebogen

Deutsche
_Leberstiftung

An die
Deutsche Leberstiftung
Geschäftsstelle
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover



☐ Ja, unser Krankenhaus möchte „Assoziierte Klinik der Deutschen Leberstiftung“ werden:

Ansprechpartner:

Titel _____
Vorname/Name _____
Krankenhaus _____
Abteilung _____
Straße/Hausnummer _____
PLZ/Ort _____
Website _____
Geburtsdatum _____
E-Mail _____

☐ Wir sind bereit, den Jahresbeitrag in Höhe von € 1.500,- zu zahlen.

Ort, Datum Unterschrift

Wir bitten Sie, uns eine Einzugsermächtigung zu erteilen (siehe Seite 2). Falls Sie dies nicht möchten, überweisen Sie Ihren Beitrag bitte an die Deutsche Leberstiftung, IBAN: DE72 3607 0050 0108 9770 00, BIC: DEUTDE33XXX.

Bitte beachten Sie Seite 2

Einzugsermächtigung (nur möglich für Konten in Deutschland)

Kontoinhaber _____

Anschrift _____

IBAN _____

BIC _____

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Leberstiftung widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen als Assoziierte Klinik bei Fälligkeit zulasten meines o. g. Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Veröffentlichung der Kontaktdaten

Ich bin mit der Veröffentlichung der umseitig genannten Kontaktdaten auf der Website der Deutschen Leberstiftung und im HepNet Journal einverstanden. Auf Anfrage kann die Deutsche Leberstiftung diese Daten weitergeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutz (Ihr Antrag kann nur mit dieser Einwilligung bearbeitet werden)

Die angegebenen personenbezogenen Daten werden von der Deutschen Leberstiftung gemäß gesetzlichen Vorgaben gespeichert und für die Bearbeitung Ihres Antrags und der Assoziation genutzt. Zudem nutzen wir die Daten, um Sie über weitere Aktivitäten der Deutschen Leberstiftung (Veranstaltungen, Fördermaßnahmen) zu informieren. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter, soweit es nicht für die Bearbeitung unbedingt notwendig ist. Ihre personenbezogenen Daten speichern wir nur so lange, wie es zur Erfüllung der verfolgten Zwecke notwendig ist bzw. bis zu Ihrem Widerspruch.

Möchten Sie Ihre personenbezogenen Daten ändern, löschen oder übertragen lassen, können Sie uns jederzeit eine eindeutige Willenserklärung per Fax, Brief oder E-Mail zukommen lassen. Daten für Abrechnungs- und buchhalterische Zwecke dürfen von uns nicht gelöscht werden.

Verantwortlich für den Datenschutz: Bianka Wiebner, Deutsche Leberstiftung, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, datenschutz@deutsche-leberstiftung.de, Telefon 0511 532 6815.

Weitere Informationen unter: www.deutsche-leberstiftung.de/Datenschutz.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die hier erfassten Daten gespeichert und genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift