



## Förderverein der Fachschaftsinitiative Biomedizin Würzburg e.V.

Universitätsklinikum D7, Josef-Schneider-Straße 2, 97082 Würzburg  
foererverein.fsibiomedizin@gmail.com

1. Vorsitzender: Maximilian Busch
2. Vorsitzende: Rebecca Seiz
- Kassenwart: Phil Kuhn

### Beitrittsformular Förderverein

---

Name, Vorname

---

Straße

PLZ

Wohnort

---

Geburtsdatum

Telefon

---

E-Mail

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Förderverein FSI Biomedizin Würzburg.  
Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 12€ und ist für das laufende Kalenderjahr bis einen Monat nach der Anmeldung auf folgendes Konto zu überweisen:

**Förderverein der Fachschaftsinitiative Biomedizin Würzburg e.V.**

**IBAN: DE58 790500000048479794**

**BIC: BYLADEM1SWU**

**Verwendungszweck:** Anmeldung [Name des Mitglieds]

Für jedes weitere Kalenderjahr wird der Mitgliedsbeitrag über ein SEPA-Mandat bis zum 01. Februar eingezogen (siehe nächste Seite).

Die Mitgliedschaft kann freiwillig zum Jahresende beendet werden. Eine schriftliche Austrittserklärung (E-Mail etc.) soll bis zum 30. September des laufenden Jahres an ein Vorstandsmitglied zugesandt werden.

Zudem fördere ich den Verein mit einer Spende per Überweisung in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  einmalig /  jährlich.

(Eine Spendenbescheinigung kann auf Wunsch ausgestellt werden).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die in dieser Beitrittserklärung angegebenen personenbezogenen Daten (z. B. Name, Anschrift, Kontaktdaten, Bankverbindung) zum Zweck der Mitgliederverwaltung verarbeitet und gespeichert werden. Zugriff auf diese Daten haben ausschließlich die Mitglieder des Vereinsvorstands. Ich bin darüber informiert, dass ich meine Daten jederzeit berichtigen oder ändern lassen kann. Bei Austritt aus dem Verein werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, **sofern ich nicht ausdrücklich einwillige, dass sie weiterhin für vereinsbezogene Zwecke (z. B. Einladung zu Veranstaltungen, Kontakt zu ehemaligen Mitgliedern, Archivzwecke) gespeichert bleiben dürfen**. Diese Einwilligung ist **freiwillig** und kann **jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** werden. Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung.

## Optionale Einwilligung zur weiteren Datenspeicherung nach Austritt

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auch nach meinem Austritt aus dem Verein gespeichert bleiben dürfen, um weiterhin über Vereinsaktivitäten informiert zu werden, zu Ehemaligentreffen eingeladen zu werden oder zu vereinsbezogenen Zwecken im internen Archiv geführt zu werden. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige [Wir ermächtigen] den Förderverein der Fachschaftsinitiative Biomedizin Würzburg e.V., Zahlungen von meinem [unserem] Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein [weisen wir unser] Kreditinstitut an, die von dem Förderverein der Fachschaftsinitiative Biomedizin Würzburg e.V. auf mein [unser] Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann [Wir können] innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem [unserem] Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### *Hinweis zur Mandatsverwaltung:*

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen nach Eingang des Beitrittsformulars separat zugesandt. Unsere **Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE51ZZZ00002422818**. Dieses Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen (Mitgliedsbeiträge) für das oben genannte Mitglied.

Kontoinhaber (falls abweichend vom Mitglied):

---

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kontoinhaber