

Beitrittserklärung

Verein zur Förderung der Forschungsstelle für Versicherungswesen e.V.

An den Vorstand
des Vereins zur Förderung der Forschungsstelle
für Versicherungswesen – Universität Münster e. V.
Universitätsstraße 14–16
48143 Münster

Vorname/Firmenname	Zuname (mit Titel) / Bei Firmenmitgliedern: Ansprechpartner	
Berufliche Stellung/Tätigkeit		
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
E-Mail		
Telefon	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mit der Aufnahme in den E-Mail-Verteiler bin ich einverstanden		

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein zur Förderung der Forschungsstelle für Versicherungswesen – Universität Münster e. V. ab dem _____ mit einem Jahresbeitrag von

<input type="checkbox"/> _____ EUR	Mindestjahresbeiträge:		
	<input type="checkbox"/> 100 EUR (Persönliches Mitglied)	<input type="checkbox"/> 500 EUR (Firmenmitglied)	<input type="checkbox"/> 20 EUR (Studenten und Referendare)

Mit der Übersendung von **Informationen, z.B. Veranstaltungseinladungen**, per E-Mail an oben genannte Anschrift erkläre ich mich einverstanden.

Datenschutzhinweis:

Nach Stellung des Beitrittsantrags werden Ihre personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Beruf, Adresse und Kontaktdaten) bei uns gespeichert und im Rahmen der Mitgliederverwaltung auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO verarbeitet. Verantwortlicher im Sinne der DSGVO und anderer nationaler Datenschutzgesetze ist der Verein zur Förderung der Forschungsstelle für Versicherungswesen e.V., vertreten durch seinen Vorstand. Ihre bei uns gespeicherten Daten werden für die Mitgliederverwaltung, das Zusenden von Einladungen und Informationen sowie die Bankdaten für den Lastschriftinzug (siehe SEPA-Lastschriftmandat) verwendet. Eine Weitergabe an Dritte findet dabei nicht statt. Sie können bezüglich der bei uns gespeicherten Daten jederzeit Auskunft, Berichtigung sowie Löschung verlangen. Sollten Sie mit der Verwendung Ihrer Daten nicht oder nur teilweise einverstanden sein, teilen Sie uns dies gerne jederzeit unter versicherungswesen@uni-muenster.de mit.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

SEPA–Lastschriftmandat

Mitgliedsbeitrag | Verein zur Förderung der Forschungsstelle für Versicherungswesen e.V.

An den Vorstand
des Vereins zur Förderung der Forschungsstelle
für Versicherungswesen – Universität Münster e. V.
Universitätsstraße 14–16
48143 Münster

Vorname/Firmenname	Zuname (mit Titel)
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Hiermit ermächtige ich den Verein zur Förderung der Forschungsstelle für Versicherungswesen – Universität Münster e. V., Universitätsstraße 14–16, 48143 Münster

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00000202177
Mandatsreferenz (wird von uns ergänzt): -----

den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto

Kontonummer /IBAN	
Kreditinstitut	BIC

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung der Forschungsstelle für Versicherungswesen – Universität Münster e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Ort, Datum	Unterschrift des Zahlungspflichtigen
------------	--------------------------------------