

Antrag auf Mitgliedschaft

Sepsis hat einen neuen Gegner: UNS. Werde Teil unserer Bewegung!



Ja, ich möchte den Förderverein TEAM STOP SEPSIS e.V. unterstützen und beantrage hiermit die Mitgliedschaft.

1. Persönliche Daten / Daten der Organisation

Firma/Organisation:	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	Telefon:
E-Mailadresse:	

2. Art der Mitgliedschaft – Ich möchte unterstützen als:

(Bitte nur einen Bereich ankreuzen)

A) Mitgliedschaft für Privatpersonen Ich möchte als Privatperson Fördermitglied werden und wähle folgenden monatlichen Beitrag : ☐ 5 € (Mindestbeitrag) ☐ 15 € ☐ 25 € ☐ Mein Wunschbeitrag: _____ € / Monat ☐ NUR oder Zusätzlich (entsprechendes streichen): Ja, ich möchte mich darüber hinaus aktiv ehrenamtlich engagieren. Bitte kontaktiert mich!	B) Fördermitgliedschaft für Organisationen / Unternehmen Wir möchten als Organisation Fördermitglied werden und wählen folgenden jährlichen Beitrag: ☐ Supporter : 500 € ☐ Partner : 2.000 € ☐ Impact Partner : 5.000 € ☐ Premium Circle : 10.000 € ☐ Visionary Alliance : 30.000 € ☐ Catalyst Circle : Kontaktieren Sie uns für eine maßgeschneiderte Partnerschaft. [unsere E-Mail-Adresse einfügen]
--	--

Du suchst direkten Austausch? Werde zum Sepsishelden!

Vergiss, was du über Selbsthilfegruppen zu wissen glaubst. Wir sind **Selbsthilfe 2.0**.

Der **SEPSISHELDEN CLUB** ist unser Raum für echten Austausch und neue Kraft: Flexibel, weil online per PC und als App. Offen und ehrlich, statt anonym. Hier suchen wir gemeinsam nach Halt und neuen Möglichkeiten.

Das ist kein Teil der Vereinsmitgliedschaft, sondern eine eigene, aktive Community. Du musst dich dafür separat anmelden.

Sei dabei und melde dich direkt an unter: <https://sepsishelden.de/>

Antrag auf Mitgliedschaft

Sepsis hat einen neuen Gegner: UNS. Werde Teil unserer Bewegung!



3. SEPA-Lastschriftmandat für Förderbeiträge

Ich ermächtige den TEAM STOP SEPSIS e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein 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.

Zahlungsempfänger: TEAM STOP SEPSIS e.V., [Vereinsadresse], Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: [Erhalten wir von der Bundesbank zugeteilt]

Mitgliedsnummer/Mandatsreferenz: _____ [Wird vom Verein vergeben]

Kontoinhaber:in (falls abweichend):

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

4. Anerkennung und Datenschutz

- ☐ Ich habe die Satzung des Vereins TEAM STOP SEPSIS e.V. zur Kenntnis genommen und erkenne sie in der jeweils gültigen Fassung mit meiner Unterschrift an. Die Satzung ist auf der Webseite TeamStopSepsis.de einsehbar.

Die Kündigungsfrist beträgt laut Satzung 3 Monate zum Ende des Geschäftsjahres.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Vereinsverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Der Verein versichert, die Daten nur für Vereinszwecke zu verwenden und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Verarbeitung erfolgt gemäß der geltenden Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Die vollständige Datenschutzerklärung des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen und kann sie jederzeit auf der Webseite TeamStopSepsis.de einsehen.

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf kann schriftlich oder per E-Mail an den Verein gerichtet werden.

Ort, Datum

Namen (Druckbuchstaben)

Unterschrift

(Mitglieder unter 18 Jahren benötigen die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten.)