



Alzheimer Gesellschaft  
Ingolstadt e. V.  
Selbsthilfe Demenz

## Antrag auf Mitgliedschaft für natürliche Personen

**Ja, ich werde Mitglied der Alzheimer Gesellschaft  
Ingolstadt e.V. mit einem Jahresbeitrag von**

**35 €/Jahr  
Mindestbeitrag**

\_\_\_\_\_ €/Jahr

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon, Mobilnummer

Email

Geburtsdatum

Bank

IBAN

BIC

**Die Erklärung zum Datenschutz auf der Rückseite  
habe ich zur Kenntnis genommen und unterzeichnet.**

Ort/Datum/Unterschrift

# Erklärung zum Datenschutz

## **Einwilligung zur elektronischen Datenverarbeitung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von der Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V. im Rahmen der Mitgliederverwaltung und des Einzugs der Mitgliedsbeiträge elektronisch gespeichert werden.

In diesen Zwecken liegt ein berechtigtes Interesse an der Datenverarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO.

Die Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V. speichert meine Daten in ihrer Mitgliederdatei. Die Daten werden gelöscht, sobald ich nicht mehr Mitglied der Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V. bin und keine gesetzlichen

Aufbewahrungsfristen (zurzeit 10 Jahre) entgegenstehen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos bei der Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V. widerrufen kann.

Ort/Datum/Unterschrift