

Aufnahmeantrag

für die Mitgliedschaft in Health Compass e.V.

Health Compass



- ☐ Ich bin zurzeit Student:in
- ☐ Ich habe mein Studium bereits abgeschlossen.

Persönliche Angaben	
Vorname	
Name	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Mobiltelefonnummer*	
E-Mail	
Studiengang/Arbeitgeber	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Regelungen der Satzung von Health Compass e.V. an. Ich stimme zu, dass die von mir im Aufnahmeantrag angegebenen Daten über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sog. personenbezogenen Daten) auf Datenverarbeitungssystemen des Vereins gespeichert und für Zwecke des Vereins verarbeitet und genutzt werden. Bei Veranstaltungen werden Bild-, Film- und Tonaufnahmen angefertigt, die für Veröffentlichungen in schriftlicher und/oder digitaler Form genutzt werden. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis mit der Veröffentlichung und Nutzung dieser Aufnahmen. Sofern ich im Einzelfall nicht mit der Veröffentlichung und/oder Nutzung einverstanden bin, werde ich dies dem Verein schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

* Die Mobiltelefonnummer wird zur Aufnahme in die vereinsinterne Whatsapp-Gruppe benötigt.

Ermächtigungen zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschriftmandat

Jedes Mitglied verpflichtet sich, einen Semesterbeitrag in Höhe von 12 Euro zu entrichten. Eingezogen werden die Forderungen jeweils zum 01. April und 01. Oktober des jeweiligen Jahres. Die Höhe des Beitrags wird durch die Mitgliederversammlung festgelegt. In Einzelfällen kann der Vorstand auf Antrag des jeweiligen Mitglieds mit einer Frist von sechs Wochen vor Beginn des jeweiligen Semesters über eine Anpassung des Beitrags oder eine Befreiung entscheiden. Der Beitrag ist bei einem Eintritt, egal zu welchem Zeitpunkt des Semesters, stets für das gesamte Semester zu entrichten.

Angaben des Kontoinhabers	
Vorname	
Name	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

Im Zuge dieses Aufnahmeantrags ermächtige ich Health Compass e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Health Compass e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Aufnahmeantrag an:

Health Compass e.V.
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Marketing und Alumni
Freyeslebenstraße 1
91058 Erlangen

Hinweis zur Kündigung der Mitgliedschaft

Der Austritt aus dem Verein kann nur zum 30. März des jeweiligen Jahres erfolgen und muss dem Verein in schriftlicher oder elektronischer Form (E-Mail) bis spätestens vier Wochen vor dem gewünschten Austrittsdatum mitgeteilt werden.