

**Beitrittserklärung zum Bundesverband für Hygiene und Krankenhausreinigung e.V.**

**Personenmitgliedschaft**                      **oder**                       **Firmenmitgliedschaft**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Unternehmen

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Ort / Stadt

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Mobilnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Hiermit trete ich dem **Bundesverband für Hygiene und Krankenhausreinigung e.V., Rheinstraße 9 in 56428 Dernbach** als Mitglied bei und verpflichte mich für den Zeitraum der Mitgliedschaft zur Zahlung des jährlichen **Mitgliederbeitrages in Höhe von**

**100,00 €** (Einzelbeitrag).

**890,00 €** (Firmenmitgliedschaft)

Die Anlage „Einverständniserklärung zur Erhebung der personenbezogenen Daten“ füge ich unterschrieben bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Rechnungsdaten** (bitte nur ankreuzen und ausfüllen, wenn abweichend von Mitgliedsdaten).

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Unternehmen

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Ort / Stadt

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

## Anlage zur Beitrittserklärung

### Einverständniserklärung zur Erhebung der personenbezogenen Daten

#### **Bundesverband für Hygiene und Krankenhausreinigung e.V.**

Ihre personenbezogenen Daten werden von dem Bundesverband für Hygiene und Krankenhausreinigung e.V. zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet und genutzt.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer gesonderten Einwilligung. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auch unter <https://bhuk.de/datenschutz/>.

**Hiermit erkläre ich, Änderungen meiner Daten anzuzeigen und die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der o.g. Verarbeitung meiner Daten zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.**

Ort, Datum

Unterschrift