

## Datenschutzerklärung

Der Endometriose Dialog e. V. erhebt mit dem Beitritt die hier aufgeführten persönlichen Daten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten erfolgt ausschließlich zur Erfüllung der Vereinsziele und zur Betreuung der Vereinsmitglieder.

Sofern eine E-Mail-Adresse angegeben wurde, wird die Kommunikation möglichst elektronisch stattfinden. Unter anderem erhältst du auf diesem Wege das vereinsinterne Infoblatt. Weiterhin gibt der Verein deine persönlichen Daten im Rahmen seiner satzungsgemäßen Aufgaben sowie zur Organisation von Mitgliedsleistungen an Dienstleister weiter (zum Beispiel an Druckereien, die Veranstaltungseinladungen produzieren). Dabei werden jeweils so wenige Daten wie möglich übermittelt.

Der Endometriose Dialog e. V. veröffentlicht und verlinkt alle juristischen Mitglieder auf seiner Webseite in dem Verzeichnis seiner Mitgliedsorganisationen. Zudem veröffentlicht er die Kontaktdaten der im Verein organisierten Ärzt\*innen und weiteren Fachexpert\*innen im Bereich „Netzwerkpartner finden“, sofern diese eine Veröffentlichung wünschen und ihr Einverständnis dazu erklären.

Die Verwendung deiner freiwilligen Angaben kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, gegenüber dem Endometriose Dialog e. V. unter den angegebenen Kontaktdaten widerrufen werden. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Mit meiner Unterschrift stimme ich dieser Datenschutzerklärung zu.

Ort, Datum

Unterschrift

**Endometriose Dialog e.V.**  
Lutherstraße 11 | 04315 Leipzig  
☎ 0152 – 23 66 91 61  
✉ info@endo-dialog.de  
🌐 www.endo-dialog.de

Registergericht:  
Amtsgericht Leipzig | VR 6852

**Vertretungsberechtigter Vorstand**  
Liane Döring (Vorsitzende)  
Kathrin Weinel (stv. Vorsitzende)

Spendenkonto:  
Endometriose Dialog e.V.  
Sparkasse Leipzig  
IBAN: DE26 8605 5592 1090 2296 89

**ENDO  
METRIOSE  
DIALOG** e.V.

## Werde Mitglied in unserem Verein

**Wir sind ein gemeinnütziger Verein mit dem Ziel, die Situation von Endometriose-Erkrankten zu verbessern. Hierzu beraten wir betroffene Frauen bei allen Fragestellungen. Als Mitglied hast du die Möglichkeit uns bei unseren vielfältigen Aufgaben zu unterstützen.**

Zu den wesentlichen Aufgaben des Vereins gehören ...

- ♥ **Aufklärung:** Wir wollen mehr Sensibilisierung für das Thema erreichen, indem wir Betroffene und die Öffentlichkeit fachlich korrekt aufklären.
- ♥ **Öffentlichkeitsarbeit:** Wir organisieren Veranstaltungen und erstellen Infomaterial, um eine bessere medizinische Versorgung und Intensivierung der Forschung zu erreichen.
- ♥ **Selbsthilfe:** Wir fördern den Erfahrungsaustausch unter Betroffenen sowie die Kommunikation zu wichtigen Akteuren aus dem Gesundheitswesen, der Forschung und Politik.
- ♥ **Networking:** Wir vernetzen Expert\*innen zur weiteren Erforschung von Endometriose und engagieren uns beim Aufbau eines europäischen Netzwerks zur ehrenamtlichen Selbsthilfe.

**www.endo-dialog.de**



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt im Endometriose Dialog e. V. Die Mitgliedschaft beginnt zum 1. des unten genannten Monats, jedoch frühestens mit der Zahlung des ersten Jahresbeitrages.

\_\_\_\_\_  
Beginn der Mitgliedschaft: Monat, Jahr (jeweils zum 1. des Monats)

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

weiblich

männlich

divers

\_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Wie bist du auf unseren Verein aufmerksam geworden?

Der Jahresbeitrag wird von der Mitgliederversammlung beschlossen und beträgt derzeit regulär:

20,00 € Mitglieder

150,00 € Fördermitglieder

\_\_\_\_\_ € freiwilliger Betrag

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren

Um die Arbeit unseres Vereins zu erleichtern, bitten wir um eine Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren. Solltest du mit dem Bankeinzugsverfahren nicht einverstanden sein, berechnen wir eine zusätzliche Bearbeitungsgebühr i.H.v. 5,00 €.

Ich ermächtige hiermit den/die Schatzmeister\*in des Endometriose Dialog e. V., den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. **Änderungen meiner persönlichen Daten teile ich zeitnah dem Endometriose Dialog e. V. mit.**

Endometriose Dialog e. V. | Lutherstraße 11 | 04315 Leipzig  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 92 ZZZ0 0002 2732 54

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
DE

\_\_\_\_\_  
IBAN

Der Mitgliedsbeitrag ist unmittelbar nach Erhalt der schriftlichen Aufnahmebestätigung fällig, bei laufender Mitgliedschaft im ersten Quartal eines Jahres.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber\*in