

## Informationen zur Vereinsmitgliedschaft des mpn-netzwerk e.V.

### Mitgliedschaft / Familienmitgliedschaft / Fördermitgliedschaft

Als **Einzelmitglied** haben Sie Zugang zum Netzwerk-Forum und können am Vereinsleben teilnehmen. Sie haben **eine Stimme** auf der jährlichen Mitgliederversammlung.

Durch eine **Familienmitgliedschaft** haben auch Haushaltsangehörige zu einem vergünstigten Jahresbeitrag die Rechte eines Mitglieds. Eine Familienmitgliedschaft hat jedoch in der jährlichen Mitgliederversammlung **nur eine Stimme**.

Durch Ihren Beitritt als **Fördermitglied** unterstützen Sie das Netzwerk ideell und materiell. Sie können bei Interesse an den jährlichen Mitgliederversammlungen teilnehmen, sind aber **nicht stimmberechtigt**. Die Fördermitgliedschaft sehen wir in erster Linie für Externe vor (z.B. Ärzte oder auch Ärztevereinigungen). Fördermitglieder haben keinen Zugang zu unserem Internet-Forum.

### Jahresbeitrag

Einzelmitglied	60,00 Euro (*ermäßigt 30,00 Euro)
Familienmitglied	80,00 Euro (*ermäßigt 40,00 Euro)
Fördermitglied	60,00 Euro (*ermäßigt 30,00 Euro)

\*Die Beiträge können aus sozialen Gründen auf beigefügtem Zusatz-Antrag (siehe Seite 3) ermäßigt werden. Den Zusatzantrag bitte vollständig ausgefüllt der Anmeldung beifügen. Wir freuen uns, wenn Sie unseren Verein durch einen höheren Beitrag unterstützen.

### Gemeinnützigkeit und steuerliche Absetzbarkeit

Wir sind seit 2005 als gemeinnütziger Verein im Sinne von §§ 51 ff AO anerkannt und deshalb berechtigt, Spendenbescheinigungen auszustellen. Für Beträge bis 200,00 reicht als Nachweis für das Finanzamt der Bareinzahlungsbeleg oder die Buchungsbestätigung der Bank (Kontoauszug).

### Kündigung

Die Mitgliedschaft endet durch schriftliche Austrittserklärung (per E-Mail oder Post) mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Jahresende. Beiträge sind im Kalenderjahr der Kündigung weiterhin fällig.

Wenn Sie noch Fragen zur Mitgliedschaft oder zu diesem Formular haben, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail an folgende Adresse: [verwaltung@mpn-netzwerk.de](mailto:verwaltung@mpn-netzwerk.de)

Der Vorstand

## **Merklblatt zur Datenschutzerklärung**

Das mpn-netzwerk e. V. ist eine Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Myeloproliferativen Neoplasien (MPN) und ihre Angehörigen.

Der Verein betreibt ein Online-Forum zum Austausch über diese Krankheiten für Betroffene und Angehörige.

In diesem Forum können auch Nichtmitglieder mit eingeschränkten Rechten einmalig sechs Monate lang ohne Vereinsbeitritt am Austausch teilnehmen.

Einmal jährlich findet eine Jahrestagung statt.

Wir fördern und betreuen die Gründung und die Treffen von Regionalgruppen im deutschsprachigen Raum.

Des Weiteren stellen wir auf unserer Webseite fundierte, allgemein verständlichen Informationen zu den MPN-Erkrankungen für die Öffentlichkeit zur Verfügung.

### **Gültigkeit der Datenschutzerklärung**

Ihre Einwilligung gilt über die Beendigung Ihrer Mitgliedschaft im mpn-netzwerk e. V. hinaus, endet jedoch nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder durch Ihren Widerruf, der jederzeit möglich ist.

### **Datenerhebung, -verarbeitung, -speicherung, -nutzung**

Alle persönlichen Daten, die der mpn-netzwerk e. V. verarbeitet und nutzt, unterliegen dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Eine Datenverwendung ist dann zulässig, wenn das Bundesdatenschutzgesetz oder eine andere Rechtsvorschrift diese erlauben oder wenn Sie eingewilligt haben. Damit der mpn-netzwerk e. V. seine satzungsgemäßen Zwecke erfüllen kann, ist demnach Ihre ausdrückliche Einwilligung in schriftlicher Form erforderlich. Diese können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ein Widerruf gilt nicht rückwirkend.

Der Verein erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt Ihre personenbezogenen Daten mittels Datenverarbeitungsanlagen (EDV) und in Papierform, zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Zwecke und Aufgaben (z. B. Mitgliederverwaltung, Beitragszahlung etc., Organisation und Abrechnung von Treffen, Kontaktaufnahme für Vereinszwecke). Es handelt sich insbesondere um folgende Mitgliederdaten:

Name und Anschrift, Bankverbindung, Telefonnummer (Festnetz und/oder mobil), E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Form der chronischen myeloproliferativen Erkrankung.

Eine andere, über die Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke hinausgehende Datenverarbeitung oder Nutzung ist dem Verein nur gestattet, sofern er aus gesetzlichen Gründen hierzu verpflichtet ist oder Ihre Einwilligung vorliegt. Ein Verkauf der Daten ist nicht erlaubt.

Die entscheidende Verantwortung für eine datenschutzgerechte Verarbeitung Ihrer Daten obliegt dem mpn-netzwerk e. V.

### **Auskunftsrecht**

Sie haben nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft über Ihre beim mpn-netzwerk e. V. gespeicherten Daten. Schreiben Sie hierzu bitte an [datenschutz@mpn-netzwerk.de](mailto:datenschutz@mpn-netzwerk.de).

## Einwilligungserklärung Datenschutz des mpn-netzwerk e. V.

Ich bin einverstanden, dass das mpn-netzwerk e.V. meine im Mitgliedsantrag von mir gemachten Daten (Name, Anschrift, Kontodaten, ob Betroffener oder Angehöriger) sowie auch die freiwillig angegebenen Daten (Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Art meiner Erkrankung) gemäß der Datenschutz-Grundverordnung

Bitte kreuzen  
sie an.  
Pflichtfeld

- erhebt. (Name, Anschrift etc.)
- auf dem PC und in Papierform speichert (wie z.B. in diesem Formular)
- zur Abrechnung des Mitgliedsbeitrag notwendige Daten an die Bank weitergibt (nur bei Lastschrift-Mandat gültig)
- zur Kontaktaufnahme für Vereinszwecke verwendet (z.B. Mitgliedsbestätigung)
- zur Organisation und ggf. Abrechnung von Vereinstreffen (wie z.B. Mitgliederjahreshauptversammlungen, Jahrestreffen oder Regionaltreffen)

Die Daten werden ausschließlich von berechtigten, im Datenschutz geschulten Mitgliedern und Mitarbeiter/Innen des Vereins verarbeitet und ausschließlich zu Vereinszwecken verwendet. Eine andere, über die Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke hinausgehende Datenverarbeitung oder Nutzung ist dem Verein nur gestattet, sofern er aus gesetzlichen Gründen hierzu verpflichtet ist oder Ihre Einwilligung vorliegt. Ein Verkauf der Daten ist nicht erlaubt.

Meine Einwilligungserklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ohne Angabe von Gründen, aber nicht rückwirkend, schriftlich widerrufen.

Änderungen meiner persönlichen Daten werde ich unverzüglich dem mpn-netzwerk e. V. mitteilen. (Bitte auch eine Änderung der in Antrag angegebenen E-Mail- Adresse)

Die Information auf dem Merkblatt zur Datenschutzerklärung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Die ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung zum Datenschutz ist Voraussetzung, um Mitglied im mpn-netzwerk e. V. zu werden.

---

**Name, Vorname**

---

**Ort, Datum, Unterschrift**

Bitte schicken Sie Mitgliedsantrag und Datenschutzeinwilligung an folgende Adresse:

**mpn-netzwerk e. V.**  
**c/o Stiftung Deutsche Leukämie- & Lymphom- Hilfe**  
**Adenauerallee 87**  
**53113 Bonn**

**Antrag auf Vereinsmitgliedschaft im mpn-netzwerk e. V.**

Wird vom mpn-netzwerk ausgefüllt

Name		Mitglieds-Nr.
Vorname		
Straße		Mandats-Nr.
PLZ, Wohnort		
*Tel.-Nr.		Beitrags-Nr.
*E-Mail		
*Geburtsjahr (des Erkrankten)		Sonstiges:

\*(freiwillige Angaben)

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das mpn-netzwerk e.V. als:**

Einzelmitglied	<input type="checkbox"/>	Familienmitglied	<input type="checkbox"/>	Fördermitglied	<input type="checkbox"/>
Name(n) Familienmitglied(er):					

Ich bin	ET*	PV*	PMF*	sMF*	KMT/SZT*	Unklar*
Betroffene/r*						
Angehörige/r*						
Erkrankung seit*:	(MM/JJJJ)*					

(\* freiwillige Angaben)

Datum, Unterschrift Antragsteller/in

**Zusatzantrag  
auf Ermäßigung des Vereinsbeitrags des mpn-netzwerk e. V.**

Die Jahresbeiträge können aus sozialen Gründen, wie z.B. Hartz-IV-Bezug, geringe Rente, geringes Einkommen / Existenzminimum, Schüler, Studenten etc., ermäßigt werden.

Bitte erläutern Sie kurz:


Datum, Unterschrift Antragsteller

Wird vom mpn-netzwerk e. V. ausgefüllt

Antrag  genehmigt bis zum \_\_\_\_\_  
 abgelehnt

**Das mpn-netzwerk e. V. ist berechtigt, diesen Antrag abzulehnen und zeitlich zu befristen. Eine Befristung gilt für mindestens 1 Jahr und immer bis zum 31.12. eines Kalenderjahres, sofern nichts anderes mitgeteilt wurde.**

## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungen aus Ländern mit **Fremdwährung (z.B. Schweiz)** werden nicht per Lastschrift eingezogen, sondern müssen überwiesen werden.

<p>Hiermit ermächtige ich den mpn-netzwerk e. V., von meinem Konto mittels Lastschrift den jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.  <b>Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 01.07. eines jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres sofort.</b>          Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom mpn-netzwerk e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p>	
Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
BIC:	
IBAN:      _ _ _ _ _        _ _ _ _ _        _ _ _ _ _        _ _ _ _ _        _ _ _ _ _        _ _ _	
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
Das SEPA-Lastschriftmandat wird ungültig, wenn ich meinen Austritt schriftlich erklärt habe bzw. wenn die Mitgliedschaft erlischt.	

IBAN-Länge anderer EU-Staaten:

Belgien:      B E \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_

Frankreich:   F R \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_

Italien:      I T \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_

Luxemburg:   L U \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_

Niederlande   N L \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_

Österreich:   A T \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_

Spanien:      E S \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_ |      \_ \_ \_ \_ \_