

Co-Präsidium Verein KS-CH
Herr Morgan Christen
Place du 23-juin 29
2885 Epauvillers

PC-Konto: 89-497351-3
IBAN: CH94 0900 0000 8949 7351 3
BIC: POFICHBEXXX lautend auf: Klinefelter-Syndrom Schweiz, 6404 Greppen
E-Mail: vize@klinefelter.ch

BEITRITTSERKLÄRUNG

Seit dem 4. November 2000 besteht der Verein Klinefelter-Syndrom Schweiz, KS-CH. Durch Ihre Unterschrift verpflichten Sie sich die Statuten des Vereins anzuerkennen, insbesondere dessen Datenschutzbestimmungen.

Ich möchte dem Verein beitreten als: Form der Mitgliedschaft:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Träger des Syndroms | <input type="radio"/> Einzelmitglied (Jahresbeitrag: CHF 50.-) |
| <input type="radio"/> Partner/in | <input type="radio"/> Familienmitglied (Jahresbeitrag: CHF 50.-) |
| <input type="radio"/> Eltern | |
| <input type="radio"/> _____ | |

Wie haben Sie von uns erfahren:

Name: -Bitte in Druckschrift-

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Co-Präsidium Verein KS-CH
Herr Morgan Christen
Place du 23-juin 29
2885 Epauvillers

PC-Konto: 89-497351-3
IBAN: CH94 0900 0000 8949 7351 3
BIC: POFICHBEXXX lautend auf: Klinefelter-Syndrom Schweiz, 6404 Greppen
E-Mail: vize@klinefelter.ch

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich möchte, dass meine Adresse in die Kontaktwunschdatei aufgenommen wird. Ich bin damit einverstanden, dass diese zur Kontaktaufnahme mit genannten Personengruppen vermittelt wird, wobei als erstes mit mir Rücksprache genommen wird und ich mich bald möglichst bei den Kontaktsuchenden melde! Diese Erklärung kann **jederzeit schriftlich** von mir **widerrufen** werden.

Angaben zu meiner Person:

- Träger des Syndroms
- Partner/in
- Eltern (Geb.-datum Kind _____)
- werdende Eltern
- _____

Weitergabe der Adresse an:

- Träger des Syndroms
- Partner/in
- Eltern
- werdende Eltern
- _____

- Bitte in Druckschrift-

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Informationen zur Einwilligungserklärung:

In der Verantwortung des Vizepräsidenten liegt die Verwaltung einer Adressdatei zur Vermittlung zwischen Trägern des Klinefelter-Syndroms, Eltern, werdenden Eltern und Partner/innen, die unabhängig von einer Mitgliedschaft des KS-CH erfolgt. Die Interessenten verpflichten sich mit Ihrer Unterschrift, dass sie die **erhaltenen Adressen** nur für private Kontaktaufnahmen verwenden und **nicht an Dritte weitergeben**. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Datenschutzbestimmungen des KS-CH, welche den Umgang mit Daten verbindlich und abschliessend regeln.