

Beitrittserklärung

Forschung fördern
Krankheit bewältigen
selbstbestimmt leben



PRO RETINA Deutschland e. V.
Geschäftsstelle
Kaiserstraße 1c
53113 Bonn

**PRO RETINA
Deutschland e.V.**

Selbsthilfevereinigung von Menschen mit
Netzhautdegenerationen

Ich möchte Mitglied der PRO RETINA Deutschland e. V. werden:

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum (optional) _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon (optional) _____

E-Mail (optional) _____

Ich erkläre meinen Beitritt zur PRO RETINA Deutschland e. V. als

Vollmitglied, selbst Betroffene/ Betroffener

Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 75,-

Vollmitglied, Elternteil eines betroffenen Kindes

Geb.-Datum und Name des Kindes: _____

Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 75,-

Vollmitglied, Angehörige betroffener Mitglieder im gleichen Haushalt (keine Zusendung der „Retina aktuell“)

Diese Option ist nur möglich, wenn der betroffene Familienangehörige selbst Vollmitglied ist. Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 30,-

Förderndes Mitglied

Fördernde Mitglieder haben kein aktives Wahlrecht, sie haben keine „Diagnose“ und erhalten demnach auch keine diagnosespezifischen Informationen, sie können sich nicht in den Mailinglisten und/oder im Patientenregister anmelden. Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 50,-

Ich wünsche die Zusendung der Zeitschrift „Retina aktuell“

in Schwarzschrift auf Daisy / MP3-CD per E-Mail

Ich wünsche die regelmäßige Zusendung eines Mitgliedsausweises

Ich möchte gerne ehrenamtlich tätig werden

Ich wünsche Kontaktaufnahme durch die für mich zuständige Regionalgruppe

Ich ermächtige die PRO RETINA Deutschland e. V., meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von €

von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Name der Bank _____

BIC _____ IBAN.-Nr. _____

eventuell abweichender Kontoinhaber _____

zusätzliche Unterschrift des Berechtigten: _____

Ich benötige am Jahresende eine Spendenquittung. Die PRO RETINA Deutschland e. V. ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Näheres zur Diagnose

Die PRO RETINA als diagnosespezifische Selbsthilfeorganisation unterstützt die Grundlagen- und Therapieforschung. Wir bieten Seminare und Informationsveranstaltungen, eigene ehrenamtliche Fachberater und patientenverständliche Informationen für verschiedene Diagnosen an. In der „gelben Liste“, der Adressenliste der PRO RETINA, finden Sie wichtige Ansprechpartner.

Wir wollen die diagnosespezifische Arbeit weiter ausbauen und verbessern. Die nachfolgenden Angaben helfen uns dabei und werden vertraulich behandelt. Die Bekanntgabe der folgenden Daten, soweit bekannt, erfolgt auf freiwilliger Basis.

- Die genaue Bezeichnung der Netzhautdegeneration ist mir nicht bekannt.
- Ich möchte dazu keine Angaben machen
- keine der im Folgenden aufgeführten Netzhauterkrankungen trifft zu, meine

Diagnose lautet: _____

Retinitis Pigmentosa / Generalisierte Netzhauterkrankungen:

- Retinitis pigmentosa (RP)
- Lebersche kongenitale Amaurose (LCA)
- Atrophia gyrata
- Chorioideremie
- Zapfen-Stäbchen-Dystrophie (ZSD)

Altersabhängige Makuladegeneration (AMD)

- trockene Form
- feuchte Form
- unbekannt

Makuladystrophien:

- Juvenile Makuladystrophie
- Morbus Stargardt
- IMT/MacTel
- Morbus Best
- Zapfendystrophie
- RCS/CC
- Pathologische Myopie
- LHON
- HJMD

Syndromale Netzhautdystrophien:

- Usher-Syndrom Form: Typ 1 Typ 2 Typ 3
 Bardet-Biedl-Syndrom Refsum-Syndrom
 Anderes Syndrom mit Netzhautdegeneration _____

Ich bin auf PRO RETINA aufmerksam geworden durch, ggf. Mehrfachnennung,

- Ärzte/Klinik Optiker Persönliche Empfehlung
 Andere Beratungsstellen Infostand Medien, TV, Zeitung, etc.
 Internet / Facebook Sonstiges _____

Einwilligung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten von Seite 1

Ich bin damit einverstanden, dass die in der Beitrittserklärung angegebenen personenbezogenen Daten im Hinblick und zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke der Selbsthilfeaktivitäten der PRO RETINA Deutschland e. V. für die Dauer meiner Mitgliedschaft elektronisch gespeichert und innerhalb der PRO RETINA an Personen weitergeleitet werden, die eine Verpflichtungserklärung zum Datenschutz unterzeichnet haben.

Hinweis: Es besteht das Recht zum jederzeitigen Widerruf Ihrer Einwilligung. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung bleibt bis zum Widerruf oder für die Dauer Ihrer Mitgliedschaft unberührt.

Auf Seite 4 finden Sie ein Informationsblatt welches Ihnen ausführliche Auskünfte zur Ihren Betroffenenrechten gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung liefert.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Einwilligung zur Verarbeitung der Diagnosedaten von Seite 2 und 3

Ich bin damit einverstanden, dass die Angaben zur Diagnose im Hinblick und zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke der PRO RETINA Deutschland e. V. für die Dauer meiner Mitgliedschaft elektronisch gespeichert und innerhalb der PRO RETINA an Personen weitergeleitet werden, die eine Verpflichtungserklärung zum Datenschutz unterzeichnet haben. Hinweis: Es besteht das Recht zum jederzeitigen Widerruf Ihrer Einwilligung. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Diagnosedaten auf Grundlage Ihrer Einwilligung bleibt bis zum Widerruf oder für die Dauer Ihrer Mitgliedschaft unberührt.

Auf Seite 4 finden Sie ein Informationsblatt welches Ihnen ausführliche Auskünfte zur Ihren Betroffenenrechten gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung liefert.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Informationsblatt – Betroffenenrechte EU-Datenschutz-Grundverordnung

Verantwortliche: Franz Badura, Vorsitzender der PRO RETINA Deutschland e. V. info@pro-retina.de

Vertreter: Markus Georg, Geschäftsführer der PRO RETINA Deutschland e. V. geschaeftsstelle@pro-retina.de

Datenschutzbeauftragter: Thomas M. Duda, Datenschutzbeauftragter der PRO RETINA Deutschland e. V. datenschutz@pro-retina.de

Ihre personenbezogenen Daten werden zur Etablierung des Mitgliedschaftsverhältnisses sowie zum Ausbau und Verbesserung diagnosespezifischer Arbeit, im Fall Ihrer Diagnosedaten, erhoben und verarbeitet. Bei unvollständigen, nichtvorhandenen oder unwahrheitsgemäßen Mindestangaben auf der Beitrittserklärung (Seite 1), kann eine Mitgliedschaft nicht gewährt werden. Empfänger der personenbezogenen Daten ist die PRO RETINA Deutschland e. V. sowie Personen, die eine Verpflichtungserklärung zum Datenschutz unterzeichnet haben. Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer Ihrer Mitgliedschaft oder bis zum Widerruf Ihrer Einwilligung gespeichert.

Im Folgenden sind Rechte aufgelistet die im Rahmen der EU-Datenschutz-Grundverordnung für Sie jederzeit bestehen.

(1) Auskunftsrecht

Es besteht für Sie jederzeit das Recht auf Auskunft gegenüber dem Verantwortlichen hinsichtlich der gespeicherten Daten zu Ihrer Person.

(2) Löschungs- bzw. Berichtigungsanspruch

Es besteht für Sie jederzeit das Recht auf Löschung und / oder Berichtigung der gespeicherten Daten zu Ihrer Person gegenüber dem Verantwortlichen.

(3) Einschränkung / Widerspruch der Verarbeitung oder Weitergabe an Dritte

Es besteht für Sie jederzeit das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung bzw. auf Widerspruch gegen die Verarbeitung oder Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte.

(4) Widerruf einer Einwilligung

Es besteht das Recht zum jederzeitigen Widerruf Ihrer Einwilligung.

(5) Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Es besteht das jederzeitige Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.