

Bitte vollständig ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben, per Post zurückschicken
oder einscannen und per Mail senden an:
buero1@ehlers-danlos-initiative.de

Deutsche Ehlers–Danlos Initiative e.V.
Postfach 1619

90706 Fürth

Antrag auf Beitritt zur Deutschen Ehlers–Danlos Initiative e.V.

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zur Deutschen Ehlers-Danlos Initiative e.V.:

Ordentliches Mitglied mit einem Jahresbeitrag von: _____

Betrag
siehe Beitragsordnung
auf der folgenden Seite

Förderndes Mitglied mit einem Jahresbeitrag von: _____

Ich habe selbst EDS Typ

unbekannt

bekannt: _____

Den Jahresbeitrag in Höhe von: _____ leiste ich

per Überweisung (zzgl. 3,00 EUR) IBAN: DE65 7642 0080 0380 7264 24 SWIFT (BIC): HYVEDEMM065

per Lastschrift (bitte Seite 3 ausfüllen)

Meine Daten:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____

Meine Daten dürfen innerhalb der Initiative an:

Betroffene

Ärzte und Berater

weitergegeben werden:

meine vollständige Adresse

meine Emailadresse

grundsätzlich nicht weitergegeben werden

Datum: _____ Unterschrift: _____

** Familien bitte auf der nächsten Seite angeben, ob ein EDS-Typ bekannt ist und wenn ja, welcher **

Beitragsordnung:

Beitragsart	Beitragssumme
<input type="radio"/> Familienbeitrag	75,00 Euro
<input type="radio"/> Normalbeitrag	60,00 Euro
<input type="radio"/> ermäßigter Beitrag *	30,00 Euro
<input type="radio"/> Förderbeitrag	> 20,00 Euro

* **Beitrag für Kinder, Schüler, Studenten, Rentner und Bezieher von ALG I, ALG II und Grundsicherungsempfänger**

(Nachweis mit Ausweisen oder ähnlichen Dokumenten erforderlich)

Folgendes nur bei Familienmitgliedschaft ausfüllen!!!

Vater

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Plz + Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

EDS Typ (wenn bekannt):

Mutter

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Plz + Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

EDS Typ (wenn bekannt):

Kind 1

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Plz + Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

EDS Typ (wenn bekannt):

Kind 2

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Plz + Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

EDS Typ (wenn bekannt):

Kind 3

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Plz + Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

EDS Typ (wenn bekannt):

Kind 4

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Plz + Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

EDS Typ (wenn bekannt):

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:
Deutsche Ehlers–Danlos Initiative e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:
Straße und Hausnummer:

Postfach 1619

Postleitzahl und Ort:

90706 Fürth

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE11ZZZ00000677704

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name es Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Formular drucken

Datenschutzerklärung/ Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Deutsche Ehlers-Danlos-Initiative e.V. als verantwortliche Stelle die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Emailadresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte, außerhalb der satzungsmäßigen Zwecke, findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied im Falle von fehlerhaften Daten ein Korrekturrecht.

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____

Ich willige ein, dass die Deutsche Ehlers-Danlos-Initiative e.V. meine Email-Adresse und, soweit erhoben, auch meine Telefonnummer zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Eine Übermittlung von Email-Adresse und Telefonnummer an Dritte wird nicht vorgenommen.

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____

Ich willige ein, dass die Deutsche Ehlers-Danlos-Initiative e.V. Bilder von vereinsbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen auf der Website des Vereins oder sonstigen Vereinspublikationen veröffentlicht und an die Presse zum Zwecke der Veröffentlichung ohne spezielle Einwilligung weitergibt.

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____

Name, Vorname _____