

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied des Vereins Morbus Wilson e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit jährlich 30,- Euro für Einzelmitglieder, 50,- Euro für Familienmitgliedschaft und 100,- Euro für Firmen, zahlbar bis zum 01. Februar des jeweiligen Jahres.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*Name: _____
*Vorname: _____
*Geburtsdatum: _____
*Straße/Hausnummer: _____
*PLZ/Wohnort: _____
*Land (wenn nicht D): _____
*Telefon/Fax: _____
E-Mail: _____

Ich bin selbst an Morbus Wilson erkrankt:

ja

nein

Ich bin mit der Weitergabe meines Namens und meiner Anschrift an andere Mitglieder des Vereins Morbus Wilson e.V. ausschließlich für die satzungsgemäßen Zwecke einverstanden:

*ja

*nein

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

SEPA-Lastschrift-Mandat:

Ich ermächtige bis auf Widerruf den Verein Morbus Wilson e.V., Leiblstr. 2, 83024 Rosenheim, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir meine/unsere Bank an, die vom Verein Morbus Wilson e.V., Leiblstr. 2, 83024 Rosenheim auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzuziehen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*IBAN: _____

*BIC: _____

*Name der Bank: _____

*Ort der Bank: _____

*Kontoinhaber: _____

*Anschrift des Kontoinhaber: _____

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Einverständnis:

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein Morbus Wilson e.V. meine personenbezogenen Daten und die Angabe meiner Eigenerkrankung, sogenannte „gesundheitsbezogene Daten“, ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung unter Beachtung der aktuellen Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes nutzt. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des Vereins Morbus Wilson e.V. ist ausgeschlossen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Bei Familienmitgliedschaft tragen Sie bitte nachfolgend weitere Angaben der Angehörigen ein. Volljährige Angehörige müssen durch Unterschrift Ihre Mitgliedschaft und Einverständnis bestätigen.

Im Bedarfsfalle drucken Sie diese Seite bitte mehrfach aus.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen: *= Pflichtfelder

*Name/Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

*Straße/Hausnummer: _____

*PLZ/Wohnort: _____

Land (wenn nicht D): _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____

Einverständnis:

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein Morbus Wilson e.V. meine personenbezogenen Daten und die Angabe meiner Eigenerkrankung, sogenannte „gesundheitsbezogene Daten“, ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung unter Beachtung der aktuellen Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes nutzt. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des Vereins Morbus Wilson e.V. ist ausgeschlossen.

*Ort, Datum: _____

*Unterschrift: _____